

# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Comunitária**

**Prevenção do Tabagismo na Adolescência:**

**Capacitar um grupo de alunos do 7º ano do Ensino**

**Básico, para a prevenção do consumo de tabaco**

**Ana Cristina Mendonça Xavier**

**2013**



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Comunitária**

**Prevenção do Tabagismo na Adolescência:  
Capacitar um grupo de alunos do 7º ano do Ensino  
Básico, para a prevenção do consumo de tabaco**

**Ana Cristina Mendonça Xavier**

**Orientadora: Professora Cláudia Bacatum**

**2013**



## **AGRADECIMENTOS**

Quero mostrar o mais sincero agradecimento a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste projeto e particularmente:

À Professora Cláudia Bacatum, que esteve sempre presente, ao longo deste percurso e à sua sábia orientação que se revelou fundamental.

À Enfermeira Fátima Nalha, pela sua orientação e partilha de saberes.

À Professora Leonor Rolo, pela amizade e disponibilidade sempre presente, sem ela este projeto não teria sido possível realizar.

Aos meus pais, por toda a disponibilidade, compreensão e paciência, que demonstraram ao longo deste percurso.

Ao Paulo, pela motivação que sempre me transmitiu e pelo apoio incondicional nesta grande caminhada.

E especialmente, à minha filha Sofia, que amo mais que tudo.

A todos, muito obrigada

Ana Cristina Xavier

## RESUMO

O consumo do tabaco é um importante problema de saúde pública, pelas consequências de saúde associadas, assim como pelos elevados custos económicos e sociais, constituindo, presentemente, a primeira causa evitável de doença e morte prematura nos países desenvolvidos.

A iniciação do consumo de tabaco tem lugar, habitualmente, durante a adolescência, numa fase da vida em que a capacidade de decisão não se encontra ainda completamente desenvolvida. Sendo a escola e a comunidade educativa a base para o desenvolvimento de ações de prevenção do consumo de tabaco, o Enfermeiro Comunitário desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de programas e projetos, que conduzam à capacitação e empoderamento dos adolescentes para a promoção da saúde.

A intervenção comunitária foi desenvolvida numa Unidade de Cuidados na Comunidade de um concelho de Lisboa, enquadrada no Programa de Saúde Escolar “Crescer Saudável” e teve como finalidade capacitar os adolescentes, que frequentam o 7ºA e o 7ºC, numa Escola EB 2,3, com conhecimentos relativos ao consumo de tabaco, num total de 51 alunos. A metodologia utilizada foi o Processo de Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares, e como referencial teórico o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Na fase do diagnóstico de situação, aplicou-se o questionário GYTS.PT aos alunos que aceitaram participar no projeto e que obtiveram autorização dos encarregados de educação para a participação.

Através da utilização da grelha de análise, identificou-se como problema prioritário o défice de conhecimentos em relação ao consumo de tabaco ser prejudicial para a saúde.

Para a capacitação do grupo de adolescentes, a estratégia eleita foi a Educação para a Saúde, considerando os domínios da aprendizagem.

Na avaliação da intervenção comunitária, de acordo com os indicadores de resultado e execução, observou-se que as metas estabelecidas foram ultrapassadas, o que permite verificar que os objetivos delineados foram totalmente atingidos e mesmo superados, evidenciando assim ganhos em saúde.

**Palavras-chave:** adolescentes, consumo de tabaco, promoção da saúde, educação para a saúde, enfermagem comunitária

## **ABSTRACT**

Tobacco consumption is a major public health problem, by the health consequences associated, as well as the high economic and social costs, being, at the moment the leading cause of preventable illness and premature death in developed countries.

Usually, the initiation of tobacco consumption, takes place in adolescence period, in a life stage where the decision capacity isn't completely developed. Being the school and the educational community the base for the development of prevention of tobacco consumption, the Community Nurse plays an important role in the development of programs and projects, which leads to empowerment and capacity of adolescents to health promotion.

This community intervention was developed in a Community Care Unit, in a county of Lisbon, framed in a school program "Growing Healthy", with the purpose to empower 51 adolescents students, in the 7thA and 7thC grade, in a EB2,3 School, with knowledge related to tobacco consumption. The methodology used was Planning Process Health, according to Tavares, and the theoretical reference Health Promotion Model of Nola Pender. In the diagnosis stage, for the students who had authorization from guardians, and agreed to participate in the project, it was used the GYTS.PT questionnaire.

Using a grid of analysis, it was possible to identify as a priority problem the knowledge deficit relative the injurious to health due the tobacco consumption.

The chosen strategy to prepare the adolescent group was the health education, considering the learning domains.

The evaluation of community intervention, according to the performance and results indicators, perceived that the targets was exceeded, which allows to verified the objectives outlined were totally achieved and surpassed, showing health gains.

**Keywords:** adolescents, tobacco, health promotion, health education, community nursing

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>1. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA</b>	<b>11</b>
1.1 A Adolescência	11
1.2 O consumo de Tabaco	12
1.3 O consumo de Tabaco na Adolescência	14
1.4 A Enfermagem Comunitária e a Promoção da Saúde dos Adolescentes	17
1.4.1 Prevenção do consumo de Tabaco na Adolescência e a Educação para a Saúde	19
1.4.2 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	23
<b>2. METODOLOGIA</b>	<b>26</b>
2.1 Diagnóstico de Situação	27
2.1.1 Contexto	27
2.1.2 População e Amostra	28
2.1.3 Colheita de dados	29
2.1.4 Questões Éticas	30
2.1.5 Análise e discussão dos dados	30
2.1.6 Problemas Identificados	33
2.2 Determinação de Prioridades	34
2.2.1 Diagnóstico de Enfermagem	37
2.3 Fixação de Objetivos	38
2.4 Seleção de Estratégias	39
2.5. Preparação Operacional – Programação	42
2.6 Avaliação	45
<b>3. CONCLUSÕES</b>	<b>47</b>
3.1 Reflexão sobre as Competências Adquiridas	47
3.2 Considerações finais	50
<b>4. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## **ÍNDICE DE APÊNDICES**

<b>Apêndice I</b> – Cronograma do projeto de intervenção comunitária	<b>58</b>
<b>Apêndice II</b> – Pedido de autorização ao Diretor da Escola	<b>60</b>
<b>Apêndice III</b> – Pedido de autorização aos Encarregados de Educação para preenchimento do questionário	<b>62</b>
<b>Apêndice IV</b> - Tabelas dos resultados relevantes da aplicação do questionário	<b>64</b>
<b>Apêndice V</b> - Tabela da grelha de análise para determinação de prioridades	<b>74</b>
<b>Apêndice VI</b> - Grelha de análise	<b>76</b>
<b>Apêndice VII</b> - Planos das sessões de educação para a saúde	<b>78</b>
<b>Apêndice VIII</b> – Especificação da atividade nº1	<b>84</b>
<b>Apêndice IX</b> - Slides da apresentação das sessões de educação para a saúde	<b>87</b>
<b>Apêndice X</b> – Especificação da atividade nº2	<b>116</b>
<b>Apêndice XI</b> – Trabalho realizado pelos alunos do 7ºA	<b>118</b>
<b>Apêndice XII</b> - Trabalhos realizados pelos alunos do 7ºC	<b>131</b>
<b>Apêndice XIII</b> - Especificação da atividade nº3	<b>137</b>
<b>Apêndice XIV</b> – Entrevista publicada no Jornal da Escola	<b>139</b>
<b>Apêndice XV</b> – Questionário de avaliação de conhecimentos	<b>142</b>
<b>Apêndice XVI</b> – Tabelas dos resultados da aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos	<b>145</b>

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

<b>Anexo I</b> – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	<b>148</b>
<b>Anexo II</b> – Questionário GYTS.PT	<b>150</b>

## **SIGLAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACS – Alto Comissariado da Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DGIDC - Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

EB – Ensino Básico

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EpS- Educação para a Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GYST – Global Youth Tobacco Survey

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

OE – Ordem Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

RPQCEECSP – Regulamento dos Padrões de Qualidade das Competências do  
Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública



## INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, foi elaborado o presente Relatório de Estágio, referente à implementação do projeto de intervenção comunitária, de acordo com os objetivos individuais de aprendizagem, de forma a promover o desenvolvimento de competências especializadas inerentes à Enfermagem Comunitária, para intervir junto de grupos ou comunidades, no sentido de obter um melhor nível de saúde.

O atual projeto de intervenção comunitária teve como finalidade capacitar os adolescentes, alunos que frequentam o 7º ano de escolaridade, com conhecimentos relativos ao tabagismo, de forma a prevenir o consumo de tabaco.

O estágio decorreu no período de 01 de outubro de 2012 até 15 de fevereiro de 2013 numa Escola EB 2,3, da área de abrangência de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um concelho da área metropolitana de Lisboa, no Programa de Saúde Escolar, desenvolvido por essa respetiva unidade (Apêndice I).

A pertinência desta temática teve por base o consumo do tabaco, considerado um importante problema de saúde pública, não apenas pela sua magnitude, como também pelas consequências associadas, assim como pelos elevados custos económicos e sociais que origina. Nesta medida intervir sobre este determinante surge como uma estratégia de saúde fundamental que permitirá obter, a médio prazo, ganhos significativos em termos de redução da prevalência de doenças crónicas.

É na adolescência, período que se constitui como de particular vulnerabilidade relativamente ao consumo de tabaco, que a maioria dos fumadores desenvolve um comportamento tabágico, situando-se o pico da iniciação tabágica entre os 12 e os 14 anos (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP), 2009). Neste contexto, a prevenção do uso de tabaco entre os adolescentes, permite evitar a iniciação do consumo de tabaco ou diminuir a duração e intensidade do respetivo consumo, através de intervenções dirigidas a crianças muito jovens, no máximo com 10 a 12 anos de idade (MARTINET e BOHADANA, 2003).

Consequentemente, a escola, considerada um espaço de formação e aprendizagem, onde os adolescentes passam grande parte do seu tempo, é um meio privilegiado para a abordagem de intervenções preventivas através da elaboração e implementação de projetos de educação para a saúde.

A prevenção e o controlo do tabagismo têm constituído um objetivo prioritário no contexto das políticas de saúde da União Europeia (UE). Em Portugal, como resposta à prevenção e redução do consumo de tabaco, as Orientações Programáticas do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) (DGS, 2012) e o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (DGS, 2006), enquadram-se na consecução desse objetivo, vigente no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 (ACS, 2012).

Numa perspetiva preventiva do início do consumo de tabaco, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) desempenham um papel fundamental, pois adquiriram e desenvolveram competências que lhes permite avaliar as causas envolvidas nos principais problemas de saúde pública e desenvolver programas e projetos de intervenção comunitária que conduzam à capacitação e empoderamento dos adolescentes para a promoção da saúde, obtendo ganhos efetivos de saúde.

O presente relatório é constituído por quatro capítulos e a sua composição encontra-se de acordo com a Norma Portuguesa (405-1, 2, 3 e 4) (ESEL, 2012). No primeiro capítulo procura-se contextualizar a problemática em estudo, revisando, os aspetos relativos à adolescência, ao consumo de tabaco em geral e especificamente nos adolescentes. De seguida realiza-se uma incursão sobre as conceções de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde dirigida a grupos, assim como o papel fundamental do EEECSPP no desenvolvimento destas estratégias, numa perspetiva de mudança positiva das atitudes e comportamentos de saúde dos adolescentes. Menciona-se também o referencial teórico de Enfermagem, Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que suporta o projeto de intervenção comunitária. O segundo capítulo integra a metodologia, o Planeamento em Saúde, segundo Tavares, especificando os procedimentos efetuados em cada etapa do processo. No terceiro capítulo apresentam-se as conclusões relevantes da intervenção, através de uma reflexão sobre o percurso efetuado e as competências desenvolvidas e adquiridas na área de especialização de Enfermagem Comunitária e divulgam-se as limitações inerentes ao trabalho realizado. Por último, no quarto capítulo, seguem-se a bibliografia, anexos e apêndices, em que se anexa um conjunto de elementos acessórios para a compreensão da intervenção efetuada.

## **1. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (Direção Geral da Saúde (DGS), 2013) considera que o tabagismo é a principal causa evitável de doença e morte no mundo ocidental.

Reconhecendo que o tabagismo representa um problema global e atual de saúde pública, com graves consequências quer para a saúde, quer para o ambiente e quer para a sociedade, que a adolescência é o período em que a maioria dos consumidores inicia o consumo de tabaco, e que a escola representa o espaço ideal para o desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde e prevenção do tabagismo junto dos adolescentes, o EEECSF adota um papel de relevo por assumir a responsabilidade e o compromisso de conhecer as necessidades reais de saúde da comunidade, neste caso o grupo de adolescentes, onde centra a sua intervenção na promoção da saúde.

### **1.1 A Adolescência**

Segundo Hockenberry e Wilson (2011) a adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, iniciando-se com o aparecimento gradual dos caracteres sexuais secundários, entre os 11 e 12 anos e termina com a cessação do crescimento corporal, entre os 18 e os 20 anos. De acordo com a OMS, a adolescência compreende o período entre os 11 e 19 anos de idade, definida como um período biopsicossocial, desencadeado por mudanças corporais e fisiológicas provenientes da maturação fisiológica, e de adaptação a novas estruturas psicológicas e ambientais, que conduzem o indivíduo da infância à idade adulta. Também Pender, Murdaugh e Parsons (2011) referem que a adolescência é um período crítico de desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social, num período dinâmico e incerto entre a infância e a idade adulta.

Associadas à maturação sexual surgem as alterações físicas que são mais perceptíveis ao nível do crescimento. A adolescência caracteriza-se ainda pelo desenvolvimento da identidade pessoal, cognitiva, moral e social. O desenvolvimento da identidade pessoal de Erikson (HOCKENBERRY e WILSON, 2011) sustenta que a crise do desenvolvimento do adolescente leva à formação de uma identidade em que este se vê a si mesmo como um indivíduo distinto e único. Ainda durante este período o adolescente depara-se com a crise da identidade de grupo, em que existe uma pressão intensificada para pertencer a um, ao qual sinta que pode pertencer e que lhe dê status. À medida que o adolescente estabelece a identidade dentro de um grupo, também tenta

incorporar as suas múltiplas alterações corporais e o conceito de si próprio. Pertencer a um grupo ajuda os adolescentes a definir a diferença entre eles e os seus pais.

Segundo Piaget citado por Papalia et al (1999), os adolescentes entram no nível mais elevado do desenvolvimento cognitivo, quando desenvolvem a capacidade para o pensamento abstrato, que ocorre por volta dos 12 anos, dando ao adolescente a possibilidade de manipular a informação, podendo imaginar possibilidades, testar hipóteses e construir teorias.

Relativamente ao desenvolvimento moral, Kohlberg et al (1983) citados por Barreira e Madeira (2009), mencionam que com o crescimento, a criança vai desenvolvendo atitudes morais, estando a formação das atitudes, valores e hábitos associados ao processo de socialização, que se inicia na infância, sob influência dos pais, prosseguindo com os amigos e com os educadores na escola (PIAGET, 1932 citado por BARREIRA e MADEIRA, 2009).

Bandura (1969) citado por Barreira e Madeira (2009) refere que durante a socialização, a criança aprende o que é correto e incorreto, fazendo-se assim a aprendizagem de valores através do ensino direto. A interiorização de regras na criança inicia-se precocemente, no entanto o respeito pelo seu cumprimento começa entre os 7 e os 9 anos. O aumento de conhecimentos sobre regras e valores desenvolve hábitos de conduta (PADILLA, 1995 citado por BARREIRA e MADEIRA, 2009).

A adolescência torna-se assim uma etapa particularmente vulnerável no que se refere ao consumo de drogas, nomeadamente o tabaco, pois segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2011) os adolescentes não têm a capacidade de aplicar as suas habilidades cognitivas para resolver problemas em situações stressantes. Isto tem implicações para escolhas comportamentais sob stress, como sendo pressionados pelos colegas a fumar.

## **1.2O consumo de Tabaco**

O consumo de tabaco é considerado pela DGS (2013), como a primeira causa evitável de doença e morte prematura nos países desenvolvidos. É um importante problema de saúde pública, quer pelas consequências relativas às doenças associadas, assim como pelos elevados custos económicos e sociais que origina.

De acordo com a OMS (DGS, 2013), cerca de 5,4 milhões de pessoas fumadoras ou ex-fumadoras morrem anualmente, em todo o mundo, resultado do consumo do tabaco.

Se não forem instituídas medidas efetivas de prevenção e controlo, em 2020/2030, morrerão anualmente cerca de 8 milhões de pessoas a nível mundial.

A OMS (DGS, 2007) estima que um terço da população mundial adulta, 1,2 biliões de pessoas, seja fumadora, o que corresponde a cerca de 47% da população masculina e 12% da população feminina, consumindo diariamente mais de 15 biliões de cigarros. Nos países em desenvolvimento os fumadores constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, enquanto nos países desenvolvidos os fumadores masculinos correspondem a 42% e o consumo na população feminina triplicou para 24%. O número global de fumadores vai aumentar para 1,7 biliões de pessoas até ao ano 2025, sendo que a tendência geral em todos os países desenvolvidos é continuar a baixar, mas a aumentar nos países em desenvolvimento, onde a indústria tabaqueira mantém uma posição muito forte (ENSP, 2009).

O consumo de tabaco na UE é em geral muito elevado e de acordo com os dados da Comissão Europeia (2001), cerca de um terço de toda a população da Europa é fumadora, estando relacionado com o fato da população europeia ter acesso fácil ao tabaco, como também ter dinheiro para esse fim (ENSP, 2009).

Segundo a OMS (DGS, 2012) na UE morrem 650000 de pessoas por ano, relacionadas com o consumo de tabaco, ou seja, uma em cada sete mortes é causada pelos hábitos tabágicos. Isso significa que metade dos fumadores regulares morre por esta causa, tendo em média, a sua vida reduzida em 22 anos (ENSP, 2009). Em 2005, em Portugal Continental estimou-se que o tabaco tenha sido responsável por cerca de 12600 mortes (11,7% das 108 mil mortes) (ENSP, 2009).

Efetuada uma análise comparativa entre os dados obtidos no Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006 e o estudo da ENSP “Portugal sem Fumo 2012”, em Portugal Continental, na população de 18 e mais anos de idade, verifica-se ter havido um aumento nas prevalências totais de consumo de 20,9% para 22,2%. O consumo de tabaco continua a ter uma maior prevalência no sexo masculino, tendo-se registado no entanto, uma descida de 30,9% para 27%, sendo o grupo etário dos 25-44 anos que mais fumam. Pelo contrário, nas mulheres registou-se um aumento de consumo de 11,8% para 17,7%, salientando-se o aumento em todos os grupos etários.

O consumo regular do tabaco, é considerado uma doença caracterizada pela dependência física e psíquica, provocada por uma droga psicoativa, a nicotina (DGS, 2013), que está presente na folha do tabaco. Cerca de 90% dos fumadores fumam todos

os dias, podendo ser considerados dependentes de tabaco, tornando extremamente difícil a desabitação tabágica. Segundo a DGS (2012), o consumo do tabaco afeta todos os órgãos e sistemas, sendo causa ou fator de agravamento, particularmente do cancro, das doenças respiratórias, das doenças cardiovasculares e da diabetes, bem como da saúde sexual e reprodutiva e da saúde ocular.

Os prejuízos não se limitam só aos fumadores, atingindo também aqueles expostos ao fumo do tabaco, involuntariamente, chamados fumadores passivos, com aumento do risco de doenças cardiovasculares, de doenças respiratórias e de cancro do pulmão. Anualmente morrem na UE 79 000 pessoas não fumadoras devido ao fumo dos outros (ENSP, 2009). O consumo de tabaco constitui assim um dos mais graves problemas de saúde pública, com repercussões em toda a população - fumadora e não fumadora (DGS, 2007).

De acordo com as estimativas da Comissão Europeia (2001), devido a doenças e mortes prematuras por causa dos malefícios do tabaco, são gastos anualmente 90 a 130 mil milhões de euros (ENSP, 2009). No estudo apresentado por Borges et al (2009), “Carga e Custos da Doença Atribuível ao Tabagismo em Portugal”, este reporta os resultados de um estudo da carga da doença associada ao consumo de tabaco em Portugal, para os dados disponíveis para o ano 2005. A OMS concebeu uma medida, os DALYs: Anos de Vida Perdidos Ajustados pela Incapacidade, que mede as perdas de saúde quer devido à mortalidade quer devido à doença não fatal. As unidades desta medida são os anos de vida ajustados pela incapacidade. Assim este estudo estimou que em 2005, em Portugal, o tabaco tenha sido responsável por se terem perdido 146 mil anos de vida.

### **1.3O consumo de Tabaco na Adolescência**

A adolescência constitui o período da vida no qual a maior parte dos fumadores adquirem o comportamento tabágico. O consumo regular do tabaco provoca progressivamente uma dependência e é assim que o comportamento se instala e persiste até à idade adulta, que o consumo aumenta e que se observam as conhecidas consequências a longo prazo na saúde (MARTINET e BOHADANA, 2003).

Enquanto a prevalência do consumo de tabaco tem diminuído entre os adultos durante os últimos anos, tem-se verificado que entre os adolescentes, a mesma

permanece elevada ou mesmo aumenta, com idade de início cada vez mais precoce quase em todos os países do mundo (PRECIOSO e MACEDO, 2004).

Na UE, o pico de iniciação ao consumo de tabaco situa-se entre os 12 e 14 anos de idade, pois os adolescentes europeus têm fácil acesso aos produtos do tabaco, disponibilidade de dinheiro para os adquirir e menor controlo externo dos pais (ENSP, 2009). O tabagismo é considerado um hábito socialmente aceite com padrões de comportamento de emancipação e idade maior. Um aspeto preocupante é o fato que, tanto em Portugal, como na maioria dos países da UE, os adolescentes aderirem ao consumo do tabaco cada vez mais cedo, ficando assim mais viciados e menos aptos a deixarem este hábito (ENSP, 2009).

A OMS (1998) citada pela ENSP (2009) caracteriza como fumadores 20% dos adolescentes com 15 anos na UE. As percentagens mais elevadas foram encontradas na Áustria, França e Alemanha (cerca de 20% rapazes e 26% de raparigas) e Portugal apresentou nessa altura uma das prevalências mais baixas (13% de rapazes e 10% de raparigas).

Como se verificou, a grande maioria dos fumadores inicia o consumo entre os 12 e os 14 anos, com uma tendência para que o primeiro consumo se verifique em idades cada vez mais precoces. Segundo Diaz et al (1998) citado por Barreira e Madeira (2009), este fato acontece devido à procura do adolescente da sua própria identidade, afirmando a sua imagem no seu espaço individual e de grupo, o que ocorre cada vez mais cedo.

Zhang (2000) citado por Nunes (2004) menciona que fumar é usado pelos adolescentes como símbolo de independência e personalidade e o início do consumo é influenciado pela pressão e influência do grupo de amigos, onde o adolescente tem necessidade de alcançar a aceitação social. Llamas (1982) citado por Barreira e Madeira (2009) refere ainda que o início do consumo de tabaco nos adolescentes é influenciado pelos pais que fumam, ou seja muitas vezes copiam os modelos que vêem.

Em 2010, decorreu a quarta edição do estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) promovido pela OMS e liderado em Portugal pela equipa do Projeto Aventura Social, onde entre outros, expõe dados relativos ao consumo de tabaco nos adolescentes portugueses, sendo a primeira edição do Relatório publicada em março de 2012. Foi aplicado um questionário internacional, nas 139 escolas públicas de ensino regular de todo o país (Portugal Continental e Madeira). Os grupos escolhidos para a aplicação dos questionários frequentavam o 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, procurando

encontrar assim um máximo de adolescentes com 11, 13 e 15 anos de idade. Participaram no estudo 5050 adolescentes.

No Relatório do Estudo HBSC 2010, 30% dos adolescentes referem ter experimentado tabaco e em relação à idade de experimentação, referem ter fumado um cigarro pela primeira vez com 11 anos ou menos 15,8%, entre os 12 e os 13 anos experimentaram 40,8% e com 14 anos ou mais experimentaram 43,4%.

Relativamente ao consumo de tabaco, a grande maioria refere não fumar. Dos adolescentes inquiridos, 4,5% fuma todos os dias, 2,9% fuma pelo menos 1 vez/ semana e 4,5% fuma menos que 1 vez/ semana. Na comparação entre géneros, não foram encontradas diferenças relativamente ao consumo do tabaco. Em relação à frequência de consumo de tabaco nos últimos 30 dias, verifica-se que a grande maioria refere não ter fumado, no entanto, uma preocupante minoria refere tê-lo feito três vezes ou mais.

De acordo com os dados dos estudos HBSC, efetuados em 2006 e 2010 assistiu-se a uma redução na percentagem de adolescentes que experimentaram tabaco, de 32,8% para 30%. No que diz respeito ao consumo de tabaco, verifica-se igualmente uma redução no consumo de tabaco, na opção todos os dias - de 5% para 4,5%.

Segundo dados referentes ao ano de 2011 (DGS, 2012), recolhidos pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), no âmbito do Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas/*European School Survey on Alcohol and other Drugs*, realizado numa amostra representativa de alunos do ensino público, 64,6% dos rapazes e 64,9% das raparigas, com 18 anos, responderam já ter consumido tabaco.

O consumo de tabaco durante a infância e adolescência, além de ser um grave problema de saúde pública, tem consequências imediatas. É lesivo para a maturação e a função pulmonares, contribui para agravar a asma ou dificultar o seu controlo e outros problemas respiratórios, diminui o rendimento físico e altera os lípidos no sangue, designadamente o aumento do colesterol (DGS, 2007). Além disso, o maior risco é o de dependência do tabaco, podendo ainda, mais tarde, surgirem doenças graves associadas ao consumo de tabaco.

Estudos recentes efetuados por DiFranza et al (2002), citado por Precioso e Macedo (2004) evidenciam que os adolescentes se tornam dependentes da nicotina mais facilmente que os adultos e com quantidades de tabaco muito baixas, isto porque mais de 90% dos adolescentes fumadores desenvolvem dependência nicotínica até os 19 anos de idade, que por motivos farmacológicos e orgânicos, torna-se muito mais intensa. Sendo a



nicotina uma substância psicoativa, esta tem uma elevada capacidade para induzir dependência física e psicológica, por processos semelhantes aos da heroína ou aos da cocaína. Estudos epidemiológicos mostram que o adolescente que fuma um cigarro tem alto risco de continuar a fumar quando adulto e que a probabilidade de vir a ser fumador regular é tanto maior quanto menor for a idade com que se começa a fumar, além de que o consumo de tabaco pode aumentar o risco de dependência de outras substâncias (PRECIOSO e MACEDO, 2004). Se os adolescentes atingirem a idade adulta sem nunca terem fumado, provavelmente nunca virão a fumar (DGS, 2012).

Assim, é primordial prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos adolescentes de forma a controlar a expansão deste consumo e assim evitar os problemas a ele associados: de saúde, económicos, sociais e ambientais.

#### **1.4 A Enfermagem Comunitária e a Promoção da Saúde dos Adolescentes**

A Carta de Ottawa (OMS, 1986) define Promoção da Saúde como “o processo que visa criar condições para que as pessoas, individual ou coletivamente, possam agir sobre os fatores determinantes da saúde, de modo a maximizar ganhos em saúde e contribuir para a redução das desigualdades” (ACS, 2012). O conceito de Promoção da Saúde assenta no paradigma salutogénico, valorizando os fatores que interferem positivamente na saúde. Intervir em Promoção da Saúde significa construir políticas saudáveis, criar ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver competências pessoais e integração da saúde num contexto de qualidade.

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (RPQCEECSP) (Ordem Enfermeiros (OE), 2011), o EEECSPP ajuda os grupos/ comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde. A promoção da saúde emerge como um processo utilizado pelo EEECSPP, que tem como principal objetivo capacitar os adolescentes para que sejam capazes de controlarem a sua saúde e também de melhorá-la, desenvolvendo-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade. Apesar dos adolescentes serem considerados um grupo saudável, existe uma preocupação crescente a nível mundial, que resulta da vulnerabilidade que lhe está associada, decorrente das suas próprias características. Assim, o adolescente está sujeito a maiores riscos, nomeadamente ao nível do consumo do tabaco. Considerando esta problemática, o EEECSPP desenvolve estratégias de promoção da saúde dirigida aos adolescentes, no sentido de identificar necessidades de

saúde, planejar, desenvolver e avaliar intervenções que contribuam para a adoção de estilos de vida e padrões de comportamento que fomentem a melhoria da equidade, acessibilidade e qualidade de vida, e consequentemente que permitam ganhos em saúde.

O RPQCEECSP (OE, 2011) considera que o EEECSPP para promover o máximo potencial de saúde, deve ter competências específicas tais como: liderar, integrar e avaliar processos comunitários com vista à capacitação do grupo de adolescentes na consecução de projetos coletivos; assumir processos de mediação que contribuam para a promoção e defesa da saúde do grupo de adolescentes; promover e ter responsabilidade social para com a saúde, tanto na definição de políticas como na definição e implementação de práticas, nomeadamente relacionadas com a prevenção do consumo de tabaco, dando resposta às estratégias de prevenção e controlo do tabagismo emanadas pela DGS, tais como, medidas de enquadramento político, legais e regulamentares, informação e educação para a saúde e programas de apoio à cessação tabágica.

Para uma abordagem de âmbito comunitário, é importante e fundamental considerar a relevância e especificidades dos diferentes programas de saúde e os objetivos do PNS.

A atual situação de saúde dos adolescentes em Portugal traduz-se, de acordo com o PNS 2012-2016 na etapa “Juventude à procura de um futuro saudável”, no aumento dos comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de tabaco. A evolução dos indicadores do PNS 2004-2010, relativos ao consumo de tabaco, desenvolveu-se em sentido contrário ao desejado, com aumento do tabagismo (mais acentuado no sexo feminino), identificando o determinante de saúde: redução do consumo de tabaco, como uma área com recomendações de intervenção a considerar. Intervir sobre este determinante é uma estratégia de saúde fundamental que permitirá obter, a médio prazo, ganhos significativos em termos de redução da prevalência de doenças crónicas, e dos custos económicos individuais e sociais que lhe estão associados.

Neste contexto, o tabagismo foi considerado um problema de saúde prioritário no âmbito do PNS 2012-2016, justificando-se, assim, a criação do PNPCT, estruturado em função de três eixos nucleares, sendo um deles a prevenção da iniciação do consumo de tabaco dos adolescentes (DGS, 2013). O delineamento estratégico do presente programa teve, como referência, as abordagens de maior efetividade, preconizadas pela OMS, para prevenir e controlar o consumo de tabaco nos próximos anos, dos quais se destaca:

avisar, informar e educar sobre os riscos associados ao consumo de tabaco (DGS, 2013), onde o EEECSPP tem um papel ativo através da promoção da literacia e do empoderamento dos adolescentes, relativamente à prevenção e cessação do consumo de tabaco. Destacam-se algumas estratégias de intervenção 2012-2016, constantes no PNPCT, onde o EEECSPP pode contribuir para a prevenção do consumo de tabaco: sensibilizar decisores e opinião pública para a importância do aumento anual dos preços dos produtos do tabaco, acima do valor da taxa de inflação, na redução da iniciação do consumo, em particular nos adolescentes; reforçar o investimento pedagógico atribuído à prevenção do tabagismo no âmbito do currículo do ensino básico e secundário; apoiar a formação dos educadores e professores sobre prevenção do tabagismo; apoiar a educação para a saúde na escola, envolvendo os alunos, os professores, os pais e a restante comunidade educativa; apoiar a elaboração de materiais técnico-científicos e educativos; promover e apoiar a cessação tabágica entre os professores, pais e alunos; incentivar o desenvolvimento de projetos de intervenção na comunidade, a nível dos ACES e das autarquias, no sentido da prevenção e tratamento do tabagismo nos adolescentes e realizar campanhas informativas e educativas dirigidas aos adolescentes e jovens, fomentando parcerias, neste domínio, com organizações da sociedade civil.

#### 1.4.1 Prevenção do consumo de Tabaco na Adolescência e a Educação para a Saúde

A Educação para a Saúde (EpS) dos adolescentes tem constituído a principal abordagem de prevenção da habituação tabágica (DGS, 2007). A EpS é considerada um processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adotar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde (OMS, 1986).

A EpS surge assim como um meio facilitador para ajudar os adolescentes a desenvolver a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-os e preparando-os para um papel ativo na sua saúde. Pretende-se assim que os adolescentes se sintam capazes de colaborar nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde.

Referido no RPQCEECSP (OE, 2011), a EpS inclui as oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente que supõe uma forma de comunicação concebida para melhorar a literacia em saúde, abordando a transmissão de informações, a

promoção da motivação, as competências pessoais e autoestima, necessárias para adotar medidas destinadas a melhorar a saúde, tornando-a deste modo como um dos elementos específicos aos cuidados especializados do EEECS.

Para abordar o tema da EpS, é indispensável que os enfermeiros conheçam os grupos a que se dirigem, no sentido de adequar as estratégias de abordagem, conscientes das limitações que advêm do fato de intervir no campo dos comportamentos, dos valores e das crenças (CARVALHO E CARVALHO, 2006). Os mesmos autores referem que assumir os adolescentes como grupo de intervenção dos enfermeiros, exige atender às suas necessidades, acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, respeitar a sua diversidade e singularidade, escutar e esclarecer as suas dúvidas, apoiando e facilitando o processo de edificação da sua identidade, a descoberta de si próprio e a construção do seu projeto de vida e de saúde.

No grupo específico de adolescentes há a considerar que as abordagens para melhorar os comportamentos de promoção da saúde devem concentrar-se nos grupos de pares, sendo esta abordagem crítica, uma vez que os valores, atitudes, crenças e comportamentos dos colegas influenciam o estilo de vida dos adolescentes. Neste âmbito o grupo de pares emerge como estrutura fundamental pois partilha semelhanças e possui conhecimentos concretos específicos que derivam a partir de experiências pessoais. (PENDER, MURDAUGH E PARSONS, 2011).

Stanhope e Lancaster (2011) referem que o grupo é um conjunto de indivíduos que interagem e que têm uma ou mais finalidades comuns, onde cada membro influencia e é influenciado por todos os outros membros. Geralmente os grupos representam os interesses, necessidades e valores coletivos de cada indivíduo, onde estes têm a possibilidade de expressar os seus pensamentos, dar a sua opinião, beneficiando com as trocas de experiências. Pertencer a grupos influencia os pensamentos, as escolhas, os comportamentos e os valores à medida que os adolescentes socializam e interagem. Neste grupo específico todos se encontram em circunstâncias semelhantes quer ao nível dos comportamentos, das dúvidas e dos problemas.

Desta forma, a EpS dirigida a grupos na comunidade é uma abordagem fundamental, na medida em as intervenções desenvolvidas pelo EEECS se tornem num meio eficaz e poderoso para desencadear comportamentos saudáveis e alterações do estilo de vida, no sentido de melhorar a saúde e o bem-estar, tendo em vista o alcance do melhor nível de saúde dos adolescentes e de forma global de toda a comunidade.

Na abordagem dos grupos, o EEECSF promove a consciencialização dos indivíduos sobre a sua realidade e os aspetos que podem ser transformados para favorecer escolhas saudáveis (SOUZA ET AL, 2005), sendo o elemento facilitador do processo educativo do grupo.

A OMS (1986) defende que é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra as doenças crónicas e incapacidades. Estas intervenções devem ter lugar em vários contextos como por exemplo a escola. O PNS 2012-2016 refere que na continuidade e alargamento dos contextos incluídos no PNS 2004-2010, as escolas são consideradas contextos promotores de saúde (ACS, 2012).

A escola foi assim o local de eleição para a realização da atual intervenção comunitária, pois para os adolescentes a escola constitui o suporte emocional essencial para o seu desenvolvimento saudável e é um contexto ideal para a aprendizagem da auto gestão da saúde ao longo da adolescência (DGS, 2007). E é na escola que os adolescentes despendem grande parte do seu tempo útil de um dia normal e muitos anos do seu desenvolvimento físico, cognitivo e de formação pessoal e social.

É incontestável o papel que a escola representa no cariz da saúde de todos, pois este contexto proporciona um local de excelência para uma multiplicidade de intervenções no âmbito da EpS, pois “à escola não cabe apenas a transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas...entre as suas múltiplas responsabilidades está o desenvolvimento de competências capazes de sustentar a aprendizagem ao longo da vida” (DESPACHO n.º25 995/2005).

No atual PNPCT foi acentuada a importância da EpS, dentro e fora da escola, no sentido da promoção da literacia em saúde. A EpS em meio escolar, no domínio da prevenção do tabagismo é uma abordagem que deve ser valorizada e apoiada pelo sistema educativo, desde as idades mais precoces e ao longo da escolaridade básica e secundária. Como estratégias de intervenção 2012-2016, o PNPCT reforça e apoia a EpS na escola, em matéria de prevenção e controlo do tabagismo, em articulação com o PNSE e o Ministério de Educação e Ciência (DGS, 2013).

A escola é ainda um contexto importante, na implementação de programas de promoção da saúde, no sentido de aumentar os comportamentos de promoção da saúde em crianças e adolescentes antes que certos padrões de comportamento se solidifiquem (PENDER, MURDAUGH E PARSONS, 2011).

Assim no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), o PNSE (DGS, 2006) é considerado de extrema relevância, quer pela sua importância na promoção da saúde, quer na prevenção e ainda na deteção de problemas de saúde e seu respetivo encaminhamento. Apresenta estratégias na área da melhoria da saúde das crianças e dos adolescentes e da restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes em dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. Identifica como área de intervenção os estilos de vida, que define como sendo “um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida”.

No contexto de intervenção do PNSE (DGS, 2006), a educação para o consumo é considerada uma das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis e o consumo de substâncias lícitas como o tabaco, é considerado uma das áreas prioritárias da prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco. Quando é dirigida a crianças muito jovens, entre os 10 e os 12 anos de idade, é suscetível de evitar ou diminuir a iniciação do tabagismo, ou seja, este processo deve começar no 6º ou 7º ano de escolaridade e continuar com a aplicação de sessões de reforço (PRECIOSO e MACEDO, 2004).

O PNSE (2006) refere que na prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco, a prioridade deverá ser dada às alternativas saudáveis e à promoção de atitudes assertivas, como a autonomia e a responsabilização dos adolescentes, e a sua operacionalização implica, geralmente, qualquer atividade realizada no sentido de reduzir as possibilidades ou adiar o início do consumo de uma substância.

Surge assim a iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde, baseada nos princípios da Carta de Ottawa, que entende a escola como um contexto no qual toda a comunidade educativa deve erguer esforços, no sentido de proporcionar aos adolescentes experiências e estruturas promotoras e protetoras da saúde (OMS, 2009).

A Escola Promotora de Saúde tem como objetivo a promoção da saúde física, social, espiritual e mental de toda a comunidade educativa. Tem ainda como finalidade criar as condições para os adolescentes desenvolverem plenamente as suas potencialidades, adquirindo competências para cuidarem de si próprios, serem solidários e capazes de se relacionarem positivamente com o meio (CENTRO DE APOIO NACIONAL, 1998). Complementando com a Declaração de Vilnius, uma Escola Promotora de Saúde é uma

acreditação em que a escola implementa planos sistemáticos e estruturados para a saúde, bem-estar e o desenvolvimento do capital social da comunidade educativa (ACS, 2012).

Sendo a escola e a comunidade educativa a base para o desenvolvimento de ações de prevenção do consumo de tabaco, o EEECS, inserido na equipa de saúde escolar, encontra-se particularmente atento a grupos sociais com necessidades específicas, como os adolescentes. Como principais promotores da saúde, estes reconhecem que os comportamentos e o estilo de vida dos indivíduos podem influenciar diretamente a sua saúde e a dos outros.

Os EEECS cuidam dos grupos de adolescentes nas escolas, acompanhando-os ao longo do ciclo de vida, conhecendo os seus problemas de saúde relativamente ao consumo de tabaco. Consequentemente desenvolvem programas e projetos para lhes dar resposta, intervindo em contexto escolar, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. Certificam-se da continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político (REGULAMENTO nº128/2011).

#### 1.4.2 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

A utilização de modelos e teorias que possam ser aplicados para desenvolver cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, pode facilitar a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesses dos indivíduos (VICTOR, LOPES e XIMENES 2005).

Na atual intervenção comunitária considerou-se o referencial teórico de Enfermagem, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que assenta sobre a conceção de promoção da saúde, definida por Victor, Lopes e Ximenes (2005) como as atividades realizadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa.

Segundo os mesmos autores este Modelo surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos a ter comportamentos produtores de saúde.

O Modelo de Promoção da Saúde assenta em constructos de diversas teorias, destacando-se a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, que tem como postulado a

importância dos processos cognitivos nas alterações do comportamento e inclui as crenças de autoatribuição, autoavaliação e autoeficácia. A pessoa é motivada a adotar um determinado comportamento cujo resultado valoriza e que se sente capaz de desempenhar eficazmente, sendo o comportamento influenciado por dois conjuntos de expectativas: as expectativas de ação – resultado, que traduzem a crença pessoal de que a ação conduz a determinado resultado; e as expectativas de autoeficácia, que refletem até que ponto as pessoas acreditam serem capazes de adotar o comportamento desejado (BANDURA, 1986).

Conforme todas as teorias de enfermagem, este modelo apresenta quatro conceitos fundamentais: saúde, ambiente, pessoa e enfermagem.

O termo saúde é visto sob os aspectos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças, devendo ser estudado durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, levando em consideração a idade, raça e cultura, numa perspectiva holística. O ambiente é o resultado das relações entre o indivíduo e o seu acesso a recursos de saúde, sociais e económicos, considerando que esta relação proporciona um ambiente saudável. O conceito de pessoa é definido como aquele capaz de tomar decisões, resolver problemas; portanto o foco reside na sua capacidade de mudar comportamentos de saúde. A enfermagem está intimamente relacionada com as intervenções e estratégias que o enfermeiro deve dispor para o comportamento de promoção da saúde, sendo um dos principais papéis do enfermeiro o estímulo ao auto cuidado (VICTOR, LOPES, XIMENES, 2005).

Os principais pressupostos do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, refletem a perspectiva da ciência comportamental e enfatizam o papel ativo do indivíduo na gestão dos comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental. Os enfermeiros constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital.

O Modelo de Promoção da Saúde (Anexo I) é fundamentalmente, um modelo de enfermagem, apresentando uma estrutura simples e clara, possibilitando ao enfermeiro um cuidar individual às pessoas e/ou, reunindo-as em grupo, permitindo implementar e avaliar ações de promoção da saúde e avaliar o comportamento dos indivíduos que leva à promoção da saúde, mediante a inter-relação de três componentes básicos: características e experiências individuais (comportamento anterior relacionado e fatores



personais: biológicos, psicológicos e socioculturais), cognições e afetação do comportamento (benefícios de ação percebidos; barreiras percebidas à ação; autoeficácia percebida; atividade relacionada com a apresentação; influências interpessoais: família, pares, prestadores, normas e modelos sociais; influências situacionais) e resultado comportamental (compromisso com plano de ação; exigências e preferências e comportamento de promoção da saúde) (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Na presente intervenção comunitária abordou-se o estilo de vida de um grupo de adolescentes a frequentar o 7º ano, avaliando os seus conhecimentos e atitudes face aos hábitos tabágicos e, ao mesmo tempo, percebeu-se as várias influências que conduzem a uma prevenção desta prática (segundo as Características e Experiências individuais).

O comportamento anterior é definido como hábitos passados do adolescente, relacionados com a procura da saúde e está vinculado à conceção de que cada adolescente possui fatores/características pessoais e experiências que interferem diretamente no comportamento para a promoção da saúde, em especial para a prevenção do consumo de tabaco. O comportamento anterior é a condição padrão para a elaboração de intervenções de enfermagem que visam modificar as cognições e afetar o comportamento através da percepção dos benefícios do comportamento de promoção da saúde, diminuindo as barreiras à ação e aumentando a autoeficácia percebida, capacitando os adolescentes para a tomada de decisões que conduzem a comportamentos promotores de saúde.

## **2. METODOLOGIA**

Considerando que a Enfermagem Comunitária tem como base de intervenção os cuidados a indivíduos, grupos e comunidades, é pertinente referir a importância da utilização do Planeamento em Saúde, que segundo Imperatori e Giraldes (1993, pág. 23) é a “racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários”.

O Planeamento em Saúde tem como objetivo a implementação de programas/projetos alicerçados na identificação dos problemas de saúde da comunidade e dos fatores que a condicionam através da elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, cujo objetivo fundamental é a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A metodologia utilizada no desenvolvimento do presente projeto de intervenção comunitária teve como base o Planeamento em Saúde, seguindo-se as etapas propostas por Tavares (1990), que expressa que para a elaboração de projetos com importância prática evidente, torna-se necessário a identificação de necessidades e problemas importantes na área da saúde, exigindo o dispêndio de recursos escassos, contribuindo para a sua resolução e satisfazendo os objetivos da instituição onde se pretende que seja desenvolvido.

Para Pender, Murdaugh e Parsons (2011) a avaliação da saúde da comunidade é um processo de definição de necessidades, oportunidades e recursos envolvidos em programas de saúde, em que as medidas a implementar devem ser cuidadosamente selecionadas de acordo com as características dos clientes e dos problemas de saúde encontrados.

Neste sentido, o regulamento dos RPQCEECSP (2011) define que o EEEECSP estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, percorrendo as várias etapas no processo: diagnóstico da situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional – programação e avaliação da intervenção implementada.

Salienta-se que o processo do Planeamento em Saúde foi realizado em dois períodos distintos, sendo a etapa do diagnóstico de situação efetuada de 20 de março a 05 de junho de 2012, dirigida aos alunos que frequentavam duas turmas do 6º ano - 6ºA e 6ºC. As etapas seguintes foram efetuadas de 01 de outubro de 2012 a 15 de fevereiro de 2013, aos mesmos alunos que transitaram para o 7ºA e 7ºC.

Seguidamente descrevem-se as etapas do processo de Planeamento em Saúde realizadas no presente projeto de intervenção comunitária.

## **2.1 Diagnóstico de Situação**

A elaboração do diagnóstico da situação de saúde é a primeira etapa do Planeamento em Saúde. Este deverá corresponder às necessidades de saúde das populações e determinará a pertinência do plano, programa ou atividades (TAVARES, 1990). Após a definição do diagnóstico é então possível iniciar e justificar as atividades, sendo o ponto a partir do qual se avalia o avanço alcançado com as respetivas atividades implementadas (IMPERATORI e GIRALDES, 1993).

A etapa do diagnóstico da situação foi desenvolvida no período de 20 de março a 05 de junho de 2012, numa Escola EB 2,3 da área de abrangência da UCC.

Para a implementação do projeto de intervenção comunitária, obteve-se do Diretor (Apêndice II) da referida escola, o seu parecer favorável, através de autorização verbal ao pedido efetuado.

De seguida será apresentado o contexto em que foi desenvolvida a intervenção comunitária, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, uma reflexão sobre as questões éticas aplicadas a esta intervenção e finalmente a análise e discussão dos dados.

### **2.1.1 Contexto**

O projeto de intervenção comunitária desenvolveu-se numa UCC de um concelho da área metropolitana de Lisboa, integrando o plano de atividades do Programa de Saúde Escolar – “Crescer Saudável”.

As intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tal como o PNSE, integram a carteira de serviços da UCC, que define e contratualiza no seu plano de ação, em conformidade com o diagnóstico de saúde da comunidade, abrangendo toda a comunidade educativa da área de influência. Considerando as finalidades e as áreas de intervenção estabelecidas e definidas no PNSE, foi elaborado o plano de ação da Saúde Escolar da UCC, tendo iniciado a sua atividade em setembro de 2011.

Os dados relativos ao parque escolar são referentes ao ano letivo 2011/2012, em que as escolas públicas correspondem a 68, das quais 24 são jardins-de-infância, 31 escolas

EB1, 8 escolas EB 2,3 e 5 escolas secundárias, perfazendo um total de 16398 pessoas, das quais 1041 são educadores e professores, 14601 são alunos e 756 são assistentes operacionais.

Os seus objetivos são promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa, colaborar na integração escolar de alunos com necessidades de saúde especiais e intervir nas áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis de acordo com o PNSE.

Para alcançar os objetivos definidos foram apresentadas as seguintes estratégias:

- Articulação com a Unidade de Saúde Pública (USP), com as Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), e outros ACES, na resolução de situações referentes à comunidade escolar e com necessidade de intervenção dessas unidades.
- Articulação com outras instituições da comunidade.
- Levantamento do Parque Escolar.
- Articulação com as Direções das escolas e professores coordenadores da área de educação para a saúde.
- Implementação de projetos de promoção de saúde: “Alimentação Saudável – Prevenção da Obesidade”, “Primeiros Socorros”, “Vacinação”, “Educação Sexual”, “Intervenção no Gabinete de Apoio ao Aluno” e “Prevenção do Tabagismo na Adolescência”.

Assim este Projeto surge como uma oportunidade de elaborar e implementar um projeto de promoção de saúde, sobre a temática da prevenção do tabagismo na adolescência, que embora contemplado no plano de ação da Saúde Escolar da UCC, ainda não tinha sido implementado.

### 2.1.2 População e Amostra

Carmo e Ferreira (1998) definem população como um conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição, com uma ou mais características comuns a todos eles, características que os diferenciam de outros conjuntos de elementos. Assim, a população é constituída por 104 alunos que frequentam as turmas do 6º ano, no ano letivo 2011/2012, num total de 894 alunos que frequentam a escola EB 2,3.

A amostra é definida pelos mesmos autores como a parte ou subconjunto de uma dada população. Para delinear a amostra foram definidos critérios de inclusão e de exclusão.

#### Critérios de inclusão:

- Alunos que frequentavam as turmas 6º A e 6º C.
- Alunos cujos encarregados de educação assinaram o consentimento para o preenchimento do questionário.

#### Critérios de exclusão:

- Alunos que não trouxeram o consentimento dos encarregados de educação para o preenchimento do questionário.
- Alunos que recusaram participar no preenchimento do questionário
- Alunos que não estavam presentes no dia de preenchimento do questionário.

Considerando os critérios de inclusão e de exclusão, encontrou-se a amostra não probabilística intencional ou de conveniência. Neste método de amostragem os casos escolhidos são os casos facilmente disponíveis. Apresenta como vantagens ser simples, organizativo e pouco oneroso e como desvantagem os resultados e conclusões só se aplicarem à amostra (HILL E HILL, 2008). A amostra é constituída por 24 alunos dos 27 que frequentam o 6º A e por 21 alunos dos 25 que frequentam o 6º C, perfazendo um total de 45 alunos que preencheram o questionário. Dos 7 alunos que não preencheram o questionário, 6 faltaram às aulas e 1 aluno não trouxe o consentimento do encarregado de educação.

#### 2.1.3 Colheita de dados

A escolha do instrumento de colheita de dados utilizado neste projeto recaiu sobre um questionário, sendo este considerado como um instrumento de recolha de dados constituído por listas de perguntas que devem respeitar variáveis previamente definidas, sendo indispensável ter em conta um conjunto de regras e de cuidados na sua elaboração (ou na escolha) e na sua aplicação (FONSECA et al, 2008).

O questionário *The Global Youth Tobacco Survey* (GYTS), foi elaborado pela OMS e o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC). Em 2009 o questionário GYTS.PT (Anexo II) foi adaptado para Portugal pela ENSP, Universidade Nova de Lisboa e pela Rede das Cidades Saudáveis. Este questionário pretende avaliar as atitudes dos adolescentes face aos hábitos tabágicos e, ao mesmo tempo, tentar perceber as várias influências que conduzem a uma prevenção desta prática.

A recolha de dados ocorreu apenas num momento, através da aplicação do Questionário GYTS.PT. A sua aplicação em meio escolar encontra-se autorizada pela Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), tendo o número de registo 0027000001.

#### 2.1.4 Questões Éticas

Qualquer investigação realizada com pessoas levanta questões morais e éticas. Fonseca et al (2008) referem que a investigação biomédica e comportamental envolvendo pessoas deve reger-se por princípios básicos que visam proteger a integridade física e psicológica dos sujeitos da investigação. Assim sendo os autores enumeram e sintetizam os princípios básicos: respeito pela autonomia individual e necessidade de obtenção de consentimento livre, esclarecido e informado; proteção da pessoa incompetente; maximização dos benefícios em relação aos riscos da investigação e direito à privacidade individual. Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros, no artigo 85º - Do dever de sigilo, o enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão e assume o dever de manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.

Relativamente ao projeto em questão, foram consideradas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participaram.

Para a obtenção das informações na fase de diagnóstico de situação e uma vez que do ponto de vista ético e legal se tornava fundamental, foi solicitado o consentimento aos encarregados de educação (Apêndice III) para a participação dos alunos no preenchimento do questionário GYTS.PT.

Considerando os critérios de inclusão e exclusão, a aplicação do questionário foi realizada em contexto de sala de aula, aos alunos presentes, que foram informados que em relação ao preenchimento do questionário, a participação era voluntária, anónima e confidencial, ou seja em momento algum será possível associar as respostas fornecidas à sua identidade.

#### 2.1.5 Análise e discussão dos dados

O tratamento dos dados dos questionários realizou-se através do método de estatística descritiva, utilizando o programa informático Excel 2007.

Tendo presente o conhecimento do padrão de consumo de tabaco a nível nacional, pretende-se conhecer o consumo de tabaco e identificar os conhecimentos e atitudes face ao uso do tabaco dos alunos do 6º ano, cujos resultados se passam a apresentar (Apêndice IV).

Em relação à caracterização da amostra, esta foi constituída por 45 alunos, sendo 55,5% do género masculino (25 alunos) e 44,5% do género feminino (20 alunos). A idade dos alunos encontrava-se compreendida entre os 12 os 14 anos, sendo a idade média dos alunos 12,5 anos.

Relativamente à caracterização do comportamento tabágico dos alunos, observa-se que 5 (11,1%) dos alunos já experimentou fumar cigarros. Dados preliminares do estudo HBSC, relativos ao ano de 2010, referem que 9,7% dos alunos inquiridos tinham experimentado tabaco, valor semelhante ao encontrado.

Nesta amostra verifica-se que a experimentação é maior no género masculino (4) comparativamente com o feminino (1). Na maioria dos países europeus, os homens experimentaram tabaco e começaram a fumar mais cedo do que as mulheres. Existem claras diferenças entre os géneros. No grupo etário dos 11 anos, as taxas de experimentação entre rapazes são maiores do que no grupo de raparigas (ENSP, 2009), como se verifica nesta amostra.

Constata-se que 1 aluno experimentou fumar aos 7 anos ou menos e 4 alunos tinham entre 10 e 11 anos, sendo que o estudo HBSC 2010 aponta que aos 11 anos de idade 15,8% dos participantes referiram já ter experimentado tabaco, enquanto que aos 13 anos a percentagem é de 40,8%, ou seja a percentagem vai subindo com o aumento da idade, como se verifica nesta situação.

Em relação ao consumo atual de tabaco, 1 aluno (2,2%) fuma cigarros, pertence ao género feminino, tem 13 anos e tinha experimentado fumar entre os 10 e os 11 anos, fuma em lugares públicos e em 30 dias fumou entre 3 a 5 dias e menos de um cigarro por dia. Estes dados estão de acordo com o estudo HBSC 2010, em que 1% dos alunos do 6º ano fumou pelo menos 1 vez/ semana e 2,2% dos alunos fumou 1 cigarro, 3 vezes ou mais nos últimos 30 dias.

É relevante relacionar os hábitos tabágicos dos adolescentes com a influência dos familiares e outras pessoas significativas nas suas vidas. Existem inúmeros fatores que contribuem para a aquisição do hábito de fumar nos adolescentes, entre eles o

comportamento, atitudes e as expectativas dos pais e pares sobre os adolescentes. (ENSP, 2009).

Menos de metade dos alunos, 44,4%, afirmam que nenhum dos pais fuma, 24,4% indicam que o seu pai é fumador e em 15,6% dos casos é a mãe que fuma e ainda em 15,6% são ambos os pais que fumam. Mesmo que fumem, os pais fumadores preocupam-se em alertar os filhos relativamente aos malefícios do tabaco, pois 60% dos pais fumadores falou com os filhos e 40% não falaram, enquanto que dos pais não fumadores, 80% falou com os filhos e 20% não falou sobre os malefícios do consumo de tabaco. Ou seja, dois em cada três casos (66,7%), um dos pais/ familiares tomou a iniciativa de falar com os alunos sobre os malefícios do tabaco.

Os adolescentes são influenciados também pelo comportamento dos colegas e amigos. Em relação à *“influência dos melhores amigos”*, 82,2% dos alunos inquiridos responderam que definitivamente não aceitariam se estes lhe oferecessem um cigarro e 15,6% dos alunos provavelmente não aceitaria. Na amostra, 91,1% dos participantes afirmou que não tinha colegas fumadores, em 6,7% dos casos, alguns colegas fumavam e 2,2% afirmaram que cerca de metade dos colegas eram fumadores. Dos participantes 84,5% não tem amigos que fumam, 13,3% tem alguns amigos fumadores e 2,2% não respondeu.

Quando os alunos vêem uma mulher ou um homem a fumar, 46,7% e 44,5% respetivamente pensam que *“lhes falta confiança”*, 28,9% e 33,3% respetivamente pensam que *“são tontos”* e 11,1% e 8,9% respetivamente pensam que *“são uns perdedores”*, sendo os valores muito aproximados quer para a mulher quer para o homem. Esta situação não se encontra em consonância com o estudo de Matos et al (2003), onde fumar surge fortemente associado a uma imagem feminina ideal, marcada pela elegância, charme, sensualidade, independência e desejabilidade social. Em ambas as questões 13,3% dos alunos não responderam.

Relativamente à questão *“se fumar faz engordar ou emagrecer”*, 33,3% dos alunos responderam que fumar faz emagrecer, 8,9% refere que faz engordar e 57,8% refere que não há relação com os que fumam. Este aspeto está relacionado com a crença de que o tabaco ajuda a controlar o peso (MATOS et al, 2003).

Em relação à opinião dos alunos em que *“fumar prejudica a saúde”*, 93,4% afirmaram que sim, no entanto quando questionados sobre se *“fumar é prejudicial para a saúde durante 1 ou 2 anos”*, apenas 62,2% referem definitivamente sim, 17,8%



responderam provavelmente sim, 8,9% responderam que provavelmente não é prejudicial e 11,1% responderam que definitivamente não é prejudicial para a saúde.

No instrumento de colheita de dados constam perguntas relativamente ao papel da escola como veículo de informação sobre os malefícios do tabaco. Em relação à pergunta *“Durante o presente ano escolar falaram-te em qualquer das tuas aulas sobre os perigos de fumar?”*, 80% dos participantes responderam que sim, valor muito superior ao encontrado no estudo da ENSP (2009) em que apenas 36,3% dos participantes referiram que sim, 6,7% afirmam que esta questão não foi abordada nas aulas, 11,1% afirmam não saber e 2,2% não respondem.

Já em relação à pergunta *“Durante este ano escolar discutiste em qualquer das tuas aulas porque razões as pessoas da tua idade fumam?”*, dos alunos inquiridos, 31,1% afirmam que nas aulas não se abordou as razões que levam os alunos a fumar. Continua a ser grande a percentagem de alunos 28,9%, que não sabe se esta abordagem aconteceu ou não. Só 35,6% dos participantes admitem lembrar-se que ao longo do ano escolar se abordou esta questão na sala de aula e 4,4% não respondem.

Em resposta à pergunta *“Durante o presente ano escolar falaram-te em qualquer das tuas aulas acerca dos efeitos de fumar? Como, por exemplo, que os teus dentes ficam amarelos, que causa rugas ou que te faz cheirar mal?”*, 77,8 % dos alunos responderam afirmativamente, 6,7% respondem negativamente e 15,5% não têm a certeza.

De acordo com a pergunta *“Quando foi a última vez que falaram nas aulas sobre fumar e a saúde como parte de uma aula?”*, 84,5% dos participantes afirmaram que foi neste último período que se falou sobre fumar e sobre questões de saúde numa aula e 8,9% afirmam que essa abordagem nunca foi feita.

#### 2.1.6 Problemas Identificados

Segundo Tavares (1990), para realizar um diagnóstico de situação, é necessário o conhecimento do significado do conceito de problema de saúde, que corresponde a um estado de saúde julgado deficiente. Para Imperatori e Giraldes (1993), a definição dos problemas de saúde da população consiste na última etapa do diagnóstico de saúde.

Assim, com base nos resultados obtidos, identificaram-se como problemas de saúde:

- 1 - Défice de conhecimentos em relação ao consumo de tabaco ser prejudicial para a saúde.

- 2 - Experimentação de cigarros por parte dos adolescentes.
- 3 - Existência de pais fumadores: só o pai, só a mãe ou ambos.

Após a identificação dos problemas de saúde, torna-se necessário avançar para a etapa seguinte do Planeamento em Saúde, a determinação de prioridades, onde se irá definir quais os problemas prioritários que têm que se resolver através de intervenção comunitária (TAVARES, 1990).

## **2.2 Determinação de Prioridades**

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) a definição, escolha ou seleção de prioridades corresponde à segunda fase do processo do Planeamento em Saúde, através da hierarquização dos problemas de saúde identificados. É condicionada pelo diagnóstico de situação e irá consequentemente determinar a fase seguinte que é a fixação de objetivos. Tavares (1990) refere que a determinação de prioridades é um processo de tomada de decisão, procurando saber quais os problemas que se deverão solucionar em primeiro lugar, sendo necessário ter por base critérios que devem ser tão objetivos quanto possível. Esta etapa tem um carácter subjetivo, pois depende das preferências e da experiência do próprio planificador.

Para a seleção e hierarquização dos problemas de saúde detetados recorreu-se à utilização da grelha de análise, apresentando como vantagem o seu carácter bastante objetivo e como desvantagem o fato de o primeiro critério ser muito discriminativo, pois ao se atribuir uma classificação diferente entre dois problemas, não permite que a abordagem através dos outros, altere a recomendação (TAVARES, 1990).

Salienta-se que a grelha de análise permite analisar quais os problema para os quais se deve intervir em primeiro lugar, o que não implica não intervir nos restantes, pois para Tavares (1990) determinar prioridades “não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico de situação (...) Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros.”

A grelha de análise permite determinar prioridades através dos seguintes critérios:

- A - Importância do problema
- B - Relação entre o problema e o(s) fator(s) de risco
- C - Capacidade técnica de resolver o problema
- D - Exequibilidade do projeto ou da intervenção.

Utilizando a grelha de análise, atribui-se sucessivamente uma classificação mais (+) ou menos (-), de forma sequencial, aos critérios acima enunciados. No final, obtém-se o resultado a partir dos valores já inscritos na própria grelha, correspondendo o valor 1 à prioridade máxima.

Apresenta-se a análise feita para a seleção entre os três problemas de saúde identificados (Apêndice V):

**Problema nº1 - Défice de conhecimentos em relação ao consumo de tabaco ser prejudicial para a saúde:**

A- Importância do problema:

- Este problema foi identificado em 38,8% dos adolescentes inquiridos.

Foi atribuída uma classificação mais (+), uma vez que o défice de conhecimentos sobre esta temática pode conduzir a uma experimentação e iniciação do consumo de tabaco. É na infância e na adolescência, que a maioria dos fumadores contrai o comportamento tabágico, situando-se o pico da iniciação tabágica entre os 12 e os 14 anos (ENSP, 2009).

B- Relação Problema/ Fator de risco:

- Este problema tem um fator de risco elevado, atribuindo-se uma classificação mais (+), dado que a OMS (DGS, 2013) considera que o tabagismo é a principal causa evitável de doença e morte no mundo ocidental. O tabaco tem graves consequências para a saúde, causa grande dependência, polui o ambiente e trás grandes custos para a sociedade.

C- Capacidade técnica de resolução do problema:

- À capacidade técnica de intervir atribuiu-se uma classificação mais (+), pois a resolução do problema pode ser concretizada através da intervenção do EEECS.

D - Exequibilidade do projeto

- À exequibilidade do projeto foi atribuída uma classificação menos (-), pois devido à limitação do tempo disponível para a sua execução, não se conseguem obter resultados imediatos e visíveis.

Assim, este problema obteve uma recomendação de *dois* (2), em que a prioridade é elevada.

**Problema nº2 – Experimentação de cigarros por parte dos adolescentes:**

A- Importância do problema:

- Este problema observou-se em 11,12% dos adolescentes. É um problema importante, pois os adolescentes quando decidem experimentar, não estão conscientes do poder

aditivo do tabaco (DGS, 2007), mas ao se intervir no problema nº1, perspectiva-se uma aquisição de competências, como a capacidade de decidir, de forma responsável e autónoma. Considerando estes fatores, a este problema foi atribuída uma classificação menos (-).

B- Relação Problema/ Fator de risco:

- Este problema tem fator de risco elevado, pois segundo a OMS (2010) (DGS, 2007) três em cada cinco adolescentes que experimentam fumar vêm a tornar-se fumadores regulares e destes, metade virão a morrer prematuramente devido às doenças provocadas pelo tabaco. A este critério foi atribuída uma classificação mais (+).

C- Capacidade técnica de resolução do problema:

- À capacidade técnica de intervir foi atribuída uma classificação mais (+). Apesar da experimentação já se ter verificado, ao sensibilizar os adolescentes sobre os malefícios do consumo de tabaco e os benefícios de não fumar, possibilitará a aprendizagem da capacidade de decidir fumar ou não fumar futuramente.

D- Exequibilidade do projeto:

- À exequibilidade do projeto foi atribuída uma classificação menos (-), pois devido à limitação do tempo disponível para a sua execução, não se conseguem obter resultados imediatos e visíveis.

Por todos estes motivos, este problema obteve uma recomendação de *dez* (10), em que a prioridade é mínima.

**Problema nº3 - Existência de pais fumadores: só o pai, só a mãe ou ambos**

A- Importância do problema:

- Dos adolescentes participantes, 24,4% indicam que o seu pai é fumador, em 15,5% dos casos é a mãe que fuma e ainda em 15,5% são ambos os pais que fumam. É relevante relacionar os hábitos tabágicos dos adolescentes com a influência dos familiares e outras pessoas significativas nas suas vidas. Existem inúmeros fatores que contribuem para a aquisição do hábito de fumar nos adolescentes, entre eles o comportamento, atitudes e as expectativas dos pais (ENSP, 2009). Apesar do problema ser importante, foi atribuída uma classificação menos (-), pois os pais dos adolescentes não integram a população alvo desta intervenção.

#### B- Relação Problema/ Fator de risco:

- Este problema tem fator de risco elevado dado que em Portugal Continental, na população de 15 e mais anos de idade, verifica-se uma prevalência de consumo de 20,2%. O consumo de tabaco continua a ter uma maior prevalência no sexo masculino com 31,0% e 10,3% no sexo feminino (DGS, 2007). Por estes motivos, este problema obteve uma classificação mais (+).

#### C- Capacidade técnica de resolução do problema:

À capacidade técnica de intervir, foi atribuída uma classificação menos (-), devido à necessidade da existência de consultas de cessação tabágica, não sendo este o foco desta intervenção de enfermagem.

#### D- Exequibilidade do projeto:

- À exequibilidade do projeto foi atribuída uma classificação menos (-), pois trata-se de uma área em que é necessário um projeto de intervenção cujo foco seria constituído pelos pais dos adolescentes.

Assim, este problema alcançou uma recomendação de *doze* (12), em que a prioridade é mínima.

Finalmente, percorrendo a grelha de análise (Apêndice VI), de acordo com a sequência, verifica-se que o problema de saúde que apresenta a recomendação máxima, com o valor de dois (2), incidiu no problema nº1 - Défice de conhecimentos em relação ao consumo de tabaco ser prejudicial para a saúde, classificando-o assim como o problema prioritário que mais justificava intervenção comunitária.

#### 2.2.1 Diagnóstico de Enfermagem

A OE através da tradução para português da versão 2 (2011) da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), apresenta a atualização desta classificação, promovendo a acessibilidade a um instrumento de trabalho imprescindível, no sentido de dar maior uniformização e visibilidade aos cuidados de enfermagem, tornando-se fundamental para o desenvolvimento contínuo da profissão.

Considerando todos estes aspetos, verifica-se que são essenciais para a melhoria dos cuidados prestados à população, através da clarificação de conceitos e diagnósticos, harmonizando intervenções e resultados.

Com base no problema selecionado e utilizando a CIPE® Versão 2 (2011), define-se como Diagnóstico de Enfermagem:

- Défice de conhecimentos em relação ao consumo de tabaco num grupo de adolescentes que frequentam o 7ºA e 7ºC, no ano letivo 2012/2013.

### **2.3 Fixação de Objetivos**

Após a seleção do problema de saúde prioritário, procede-se à fixação de objetivos a atingir em relação ao referido problema, tornando-se um passo fundamental, pois é através de um correto estabelecimento de objetivos que se pode realizar uma avaliação dos resultados obtidos.

Tavares (1990) refere que os objetivos correspondem aos resultados visados em termos do estado de saúde que se pretende para a população alvo (por exemplo: de saúde, comportamentos, etc), pela implementação de projetos. Na formulação do objetivo devem ser consideradas características de tipo estrutural: ser pertinente, adequando-se às situações que suscitaram a intervenção; ser preciso, contendo a exatidão do percurso a efetuar e definindo o novo estado pretendido e ser realizável, não sendo um objetivo demasiado ambicioso, sem hipóteses de ser alcançado e mensurável, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior. O mesmo autor enumera cinco elementos que devem estar contidos na formulação de um objetivo: a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou de fracasso, a população alvo do projeto, a zona de aplicação do projeto e o tempo em que deverá ser atingido.

Assim tendo por base o problema de saúde prioritário e os elementos referidos anteriormente delineou-se como objetivo geral:

- Capacitar os alunos que frequentam o 7ºA e o 7ºC, na Escola EB 2,3, com conhecimentos relativos ao tabagismo, de forma a prevenir o consumo de tabaco.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) existe a necessidade de passar de objetivos muito agregados a objetivos mais específicos, introduzindo o conceito de objetivo operacional ou meta, que definem como sendo o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade. Para Tavares (1990), torna-se necessário definir claramente os objetivos operacionais ou metas, pois estes referem-se às atividades e aos resultados pretendidos com a sua execução.

Assim, definiram-se como objetivos operacionais:

- Que pelo menos 70% dos alunos, adquiram conhecimentos relativos ao tabaco e ao tabagismo.
- Que pelo menos 70% dos alunos, identifiquem três riscos para a saúde, inerentes ao consumo de tabaco.
- Que pelo menos 70% dos alunos, identifiquem três benefícios para a saúde, de não fumar.

Nesta fase é pertinente a seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários, que devem traduzir a dimensão atual desses problemas e a respetiva evolução. Segundo Tavares (1990, pág.120) um indicador “representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação”. No âmbito do Planeamento em Saúde, consideram-se dois principais tipos de indicadores, indicadores de resultado ou de impacto, que medem as alterações verificadas num problema e indicadores de atividade ou de execução que medem a atividade desenvolvida.

Definiram-se indicadores de resultado para o problema de saúde identificado:

- N° de alunos que adquiriram conhecimentos relativos ao tabaco e ao tabagismo/ n° total de alunos 7ºA e 7º C x100
- N° de alunos que identificaram três riscos relacionados com o consumo de tabaco/ n° total de alunos 7ºA e 7ºC x100
- N° de alunos que identificaram três benefícios para a saúde, de não fumar/ n° total de alunos 7ºA e 7ºC x100

Para além dos indicadores de resultados mencionados, definiram-se indicadores de atividade, que estão diretamente relacionados com as atividades definidas:

- N° sessões realizadas/ n° de sessões programadas x100
- N° de alunos presentes nas sessões/ N° total de alunos do 7ºA e 7ºC x100
- N° de alunos que avaliaram de forma satisfatória as sessões de educação para a saúde/ N° total de alunos do 7ºA e 7ºC presentes nas sessões x100

## **2.4 Seleção de Estratégias**

Nesta etapa de seleção de estratégias pretende-se conceber quais os processos mais adequados para reduzir os problemas de saúde prioritários e propôr novas formas de atuação (TAVARES, 1990). Imperatori e Giraldes (1982) citados por Tavares (1990,

pág. 145) definem estratégia de saúde como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”.

Neste contexto, a estratégia adotada para alcançar a mudança de comportamentos, recaiu sobre a Educação para a Saúde (EpS), cuja concetualização atual e considerada mais bem aceite é a proposta por Tones e Tilford (1994), citados por Carvalho e Carvalho (2006, pág. 21), em que a “Educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença...produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar”.

Sendo a EpS um processo que incide sobre as atitudes e os comportamentos de saúde e considerando aspetos importantes e essenciais como os valores individuais, a autoestima e a autocapacitação (*“empowerment”*), torna-se necessário proporcionar informação ao grupo de adolescentes, de forma a capacitá-los para atingir um melhor nível de saúde, prevenindo assim o consumo de tabaco e problemas de saúde relacionados com esse consumo. Existe necessidade de discutir e trabalhar este assunto com os adolescentes, numa perspetiva de aquisição de competências, através da aprendizagem da capacidade de decidir, de forma responsável e autónoma, sabendo resistir às pressões sociais. De acordo com Stanhope e Lancaster (2011) a formação facilita aos indivíduos tomar decisões relacionadas com a saúde de forma fundamentada, assumir pessoalmente a responsabilidade pela sua saúde e lidar efetivamente com as alterações na sua saúde e estilo de vida. A EpS produz alterações no conhecimento e na compreensão, influenciando ou clarificando valores, proporcionando mudanças de convicções e atitudes, facilitando a aquisição de competências, logo conduzindo a mudanças de comportamentos e de estilos de vida. Recorrendo ao léxico da CIPE®2, é possível fazer uma reflexão acerca do que deve caracterizar o enfermeiro em EpS, sendo essencial “Educar”, ou transmitir conhecimentos pertinentes para a saúde, sendo para tal, necessário dar informação sistematizada aos adolescentes sobre temas relacionados com a saúde, ou “Ensinar”. A mobilização da CIPE®2 torna-se primordial e enriquecedora ao possibilitar o recurso a uma terminologia internacionalmente reconhecida e considerada essencial para a prática de enfermagem.

Desta forma, é fundamental considerar os domínios da aprendizagem: o domínio cognitivo, o domínio afetivo e o domínio psicomotor. Para Stanhope e Lancaster (2011) a compreensão destas três dimensões é crucial para realizar uma educação para a saúde



eficaz. Segundo os mesmos autores, o domínio cognitivo corresponde às aprendizagens relacionadas com o pensamento lógico e com as operações intelectuais, incluindo a memorização, reconhecimento, compreensão, argumentação, aplicação e resolução de problemas e implica uma avaliação das aptidões cognitivas do grupo de adolescentes, para que a intervenção seja apropriada. O domínio afetivo diz respeito às aprendizagens realizadas no domínio social e afetivo, o que corresponde aos sentimentos, atitudes, comportamentos e desenvolvimento de valores, e a intervenção deve considerar e tentar influenciar aquilo que o grupo em questão sente, pensa e valoriza. O domínio psicomotor corresponde às aprendizagens relacionadas com o desempenho de atividades e resolução de situações problema que requerem destreza motora ou a coordenação de movimentos implicando aquisição de competências nesta área.

Neste contexto, foi fundamental considerar como um importante suporte teórico, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, uma vez que a sua teoria se preocupa com a pessoa na sua unicidade, incluindo todo o meio que a envolve e que pode ser condicionante das suas atitudes. Segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2011) o Modelo de Promoção da Saúde oferece um guia para a exploração dos complexos processos biopsicossociais que motivam os indivíduos a empenhar-se em comportamentos direcionados para a melhoria da sua saúde.

O recurso ao Modelo de Promoção da Saúde possibilita perceber a complexidade dos fenómenos do comportamento de saúde, no sentido de permitir delinear estratégias de intervenção cujo objetivo é a promoção da saúde. A Enfermagem Comunitária fundamenta-se nesta teoria para modificar comportamentos, capacitando os adolescentes a alterar as suas expectativas sobre a importância de determinado resultado ou as suas possibilidades de alcançar o fim desejado.

Pender, Murdaugh e Parsons (2011), consideram que a literacia em saúde é uma estratégia de capacitação para que os adolescentes assumam a responsabilidade e controle sobre os determinantes pessoais, sociais e ambientais da sua saúde.

Pretendeu-se assim intervir, segundo as mesmas autoras, ao nível das cognições específicas que afetam o comportamento, contribuindo para que o grupo de adolescentes aprofundasse conhecimentos e desenvolvesse capacidades, nomeadamente comunicacionais, cognitivas e procedimentais, que lhes confira maior autonomia e responsabilização pelo seu processo de saúde, através da escolha fundamentada, no sentido da mudança para estilos de vida mais saudáveis.

Segundo Tavares (1990), relativamente ao planeamento dos recursos humanos, o planeamento do pessoal existente incide na identificação das pessoas, analisando os conhecimentos e aptidões de cada um, com o objetivo de aumentar a eficiência, fomentando assim um aumento de produtividade dos recursos existentes. Durante o planeamento, os recursos humanos utilizados foram as professoras Diretoras de Turma, do 7ºA e do 7ºC, a professora coordenadora do programa de educação para a saúde, os adolescentes e a mestranda. Os recursos materiais foram suportados pela mestranda relativamente a fotocópias que foram entregues aos alunos e também as próprias deslocações à escola. Relativamente ao material informático e ao material utilizado para a preparação dos cartazes e folhetos foi suportado pela escola e pelos próprios alunos. Os 2 folhetos que os alunos elaboraram, não foram distribuídos pela restante comunidade educativa, pois na escola não existiam tinteiros e folhas disponíveis para a reprodução dos mesmos, ficando no entanto disponíveis em suporte digital para uso futuro.

## **2.5 Preparação Operacional – Programação**

Nesta etapa do Planeamento em Saúde verifica-se a operacionalização da intervenção, onde deverão ser especificadas as atividades, devendo ser definidas em função dos objetivos operacionais previamente estabelecidos durante a etapa de fixação de objetivos (TAVARES, 1990).

Por se considerar que o atual grupo de alunos (7ºA e 7ºC) apresenta as mesmas características como grupo de adolescentes relativamente ao grupo anterior (6ºA e 6ºC), e no sentido de proporcionar a todos a oportunidade de atingir futuramente o melhor nível de saúde, considerou-se este grupo abrangido pela intervenção comunitária. Nesta fase o grupo é constituído por 51 alunos, uma vez que houve alterações na constituição das duas turmas no período decorrido entre o diagnóstico de situação e a implementação da intervenção.

Assim, após a análise e avaliação dos recursos existentes, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Reuniões com a Professora Coordenadora do Programa de Educação para a Saúde, no sentido de agendar as datas para a implementação da intervenção de acordo com o previsto no cronograma de atividades.

- Realização de duas Sessões de Educação para a Saúde, a cada uma das turmas, num total de quatro sessões, com a duração de 90 minutos cada sessão, com o tema “Prevenção do Tabagismo na Adolescência” (Apêndice VII).
- Exposição comemorativa do “Dia do Não Fumador” – 17 de novembro, com a duração de uma semana, exposta no átrio principal da escola, com cartazes, folhetos e exibição contínua de slides elaborados pelos alunos do 7ºA e 7ºC.
- Entrevista realizada à mestrandia, pelos alunos que pertencem ao clube de jornalismo da Escola.

#### 1. Sessões de Educação para a Saúde (Apêndice VIII):

O delineamento das Sessões de Educação para a Saúde teve como base o manual “Querer é Poder I” do Programa Escolas Livres de Tabaco – Programa de Prevenção do Tabagismo, destinado ao 3º ciclo do ensino básico, desenvolvido no quadro do Projeto ESFA (*European Smoking Prevention Framework Approach*).

A utilização deste programa sugere que os modelos mais eficazes para prevenir o tabagismo nos adolescentes são os que aumentam a sua consciência dos processos de influência social, como as normas sociais ou a pressão do grupo e promovem a sua competência para resistir ou gerir essas influências, através de métodos de aprendizagem ativa e interativa. O conteúdo do programa “Querer é Poder I” incide nas informações sobre o tabagismo, motivações para fumar ou não fumar, sensibilização e promoção de competências dos alunos para lidar com os processos de influência social. Este programa foi testado com alunos do 7º ano de escolaridade, mas adequa-se a alunos do 3º ciclo do ensino básico. O programa foi aplicado como um todo, mas nesta situação particular, devido às limitações temporais da intervenção e das limitações de cedência de horário escolar, foi utilizado como bolsa de ideias e sugestões, utilizando-se apenas algumas das atividades nele apresentadas, situação que se encontra contemplada no próprio programa. Salienta-se que as sessões foram realizadas nos tempos cedidos pelas professoras das disciplinas de Ciências da Natureza e Ciências Físico-Químicas.

Pretendia-se que todas as sessões fossem realizadas antes da exposição do “Dia do Não Fumador”, no sentido de proporcionar aos alunos a informação necessária à elaboração dos trabalhos, mas tal não foi possível devido a constrangimentos de horários cedidos pela escola. Relativamente à segunda sessão a efetuar ao 7ºA, esta só foi possível no dia 11 de dezembro de 2012.

Na primeira sessão apresentou-se o projeto de intervenção comunitária, explicando resumidamente como iriam funcionar as sessões. De seguida aplicou-se um questionário que não é um instrumento para investigar a problemática do tabagismo ou para fazer pesquisa epidemiológica, mas sim um instrumento de trabalho destinado a estimular a verbalização das crenças dos alunos e a criar uma dinâmica de grupo. Os itens do questionário abrangem os assuntos tratados ao longo das sessões. O seu preenchimento foi individual e anónimo. Os resultados foram apresentados e discutidos por todos. O recurso à exposição ocorreu durante as duas sessões, através da projeção de slides, recorrendo ao programa informático Microsoft Powerpoint 2007 (Apêndice IX) com o objetivo de informar (domínio cognitivo) os alunos e aumentar o seu conhecimento relativamente ao impacto do consumo de tabaco e os riscos inerentes a esse consumo. Em ambas as sessões existiram momentos de reflexão individual, dando posteriormente origem a debates. Com esta metodologia pretendeu-se promover a participação e implicação dos alunos.

Na segunda sessão realizou-se um exercício de *role-play*, com o objetivo de treino de competências sociais (domínio afetivo), no sentido de aprenderem a serem assertivos e a resistirem à pressão dos pares. O exercício foi realizado por cinco alunos voluntários, em que um adolescente não fumador é pressionado pelos colegas para fumar um cigarro e deve encontrar argumentos e soluções para recusar o consumo. No final houve um período de discussão entre os alunos da turma e também os próprios alunos que realizaram o exercício exprimiram o que sentiram durante o mesmo.

A última atividade consistiu num exercício de tomada de decisão sobre a futura intenção relativa ao consumo de tabaco e um compromisso público relativo à decisão tomada, pedindo aos alunos que respondessem à questão “*Quando tiver 20 anos vou ser um fumador?*”. Em primeiro lugar cada um dos alunos definiu as razões pelas quais decidiu que será um fumador ou não no futuro e depois expôs a sua própria decisão e as razões que o levaram a ela, perante os colegas da turma. Com este exercício, para além de clarificar a sua postura, cada aluno compromete-se com ela e dificilmente fará algo contrário àquela com a qual se comprometeu perante si e os outros. Foi importante nesta atividade ouvir as respostas e as razões apresentadas pelos alunos, respeitando todas as respostas, reforçando as mais seguras e bem fundamentadas no sentido da intenção de não fumar. Respeitaram-se os alunos que não quiseram enunciar as respostas dadas.

## 2. Exposição “Dia do Não Fumador” (Apêndice X):

A exposição que assinalou o “Dia do Não Fumador”, celebrado no dia 17 de novembro, teve início no dia 16 de novembro e prolongou-se até ao dia 23 de novembro de 2012, sendo realizada no átrio principal da escola. Para a concretização da exposição, foi solicitada a participação dos alunos das turmas do 7ºA e do 7ºC, de modo a que estes se sentissem ligados afetiva e positivamente ao projeto de intervenção e à sua execução.

Os alunos realizaram os trabalhos (domínio afetivo/psicomotor) que incidiam nos temas: Benefícios de Não Fumar e Malefícios do Tabagismo, com o apoio das Diretoras de Turma, nas aulas de Educação Visual e Educação Tecnológica, respetivamente.

Com esta atividade, pretendeu-se que os alunos realizassem pesquisas em relação à temática, pois a pesquisa é apropriada à aquisição de conhecimentos (CARVALHO E CARVALHO 2006), levando a uma reflexão e estruturação do pensamento, contribuindo para a integração efetiva da aprendizagem. Stanhope e Lancaster (2011) referem que o adolescente tem mais probabilidade de ser responsável pela escolha de um estilo de vida saudável se participar em atividades de educação para a saúde.

Anteriormente à exposição, foi realizada uma supervisão aos trabalhos durante a sua execução, no sentido de apoiar, orientar e retirar dúvidas aos alunos, sobre os temas que estavam a desenvolver. Os alunos do 7ºA realizaram um conjunto de slides, intitulado “*Eu Quero...*” (Apêndice XI), que mostrava os benefícios de não fumar, tendo em conta uma visão positiva da saúde como algo que se deseja alcançar. Os alunos do 7ºC dividiram-se em grupos de 5 elementos e realizaram cartazes e folhetos sobre os referidos temas (Apêndice XII).

## 3. Entrevista (Apêndice XIII):

No sentido de dar a conhecer à comunidade educativa a intervenção comunitária, os seus objetivos e as atividades desenvolvidas na escola no âmbito dessa intervenção, foi efetuada uma entrevista à mestranda pelo grupo de alunos que integram o Jornal da Escola, tendo sido publicada em Janeiro de 2013 (Apêndice XIV).

## 2.6 Avaliação

A avaliação é a última etapa do processo do Planeamento em Saúde, integrando-se em cada uma das suas etapas, devendo ser precisa e pertinente, determinando o grau

de sucesso na consecução de um objetivo, baseado em critérios e normas, e a realização de uma confrontação entre objetivos e estratégias (TAVARES, 1990).

Para se proceder à avaliação dos objetivos delineados para a atual intervenção comunitária e devido à inexistência de um questionário ajustado a essa avaliação, foi elaborado um questionário (Apêndice XV) de avaliação de conhecimentos, pois de acordo com Redman (2003) quando não existe nenhum instrumento, devem elaborar-se perguntas para avaliar o progresso do indivíduo. O questionário é composto por perguntas de escolha múltipla que pretendiam avaliar rigorosamente os conhecimentos dos alunos, sendo estas adequadas aos conteúdos programáticos abordados nas sessões de educação para a saúde, às características do projeto e ao grupo de alunos.

Foi ainda solicitado aos alunos que identificassem por escrito três riscos relacionados com o consumo de tabaco e três benefícios para a saúde, de não fumar. Assim, depois das duas sessões de educação para a saúde, no final da intervenção com os alunos, foi aplicado o questionário relativo aos conhecimentos adquiridos.

Analisando os resultados obtidos e relativamente aos indicadores de resultado delineados, verifica-se que 46 (90,2%) alunos preencheram o questionário, dos quais 87% adquiriram conhecimentos relativos ao tabaco e ao tabagismo, 82,6% identificaram três riscos para a saúde, relacionados com o consumo de tabaco e 78% identificaram três benefícios para a saúde, de não fumar (Apêndice XVI).

Para além dos indicadores de resultado foram também definidos indicadores de execução que quantificam as atividades desenvolvidas, e assim em relação ao número de sessões realizadas conseguiu-se efetivamente os 100% em comparação com as previstas.

A taxa de presença dos alunos nas sessões de educação para a saúde apresentou uma média de cerca de 92% (1ª sessão – 7ºA: 92% e 7ºC: 88%; 2ª sessão – 7ºA: 96% e 7ºC: 92%).

Os alunos presentes avaliaram de forma positiva as sessões realizadas com 87% (concordo/ concordo totalmente) relativamente aos assuntos que foram tratados nas sessões e à sua importância, à aquisição de novos conhecimentos, ao interesse e à satisfação, o que traduz a motivação de participação no projeto (Apêndice XVI).

Perante os resultados expostos, observou-se que as metas estabelecidas (70%) foram ultrapassadas, verificando-se que os objetivos delineados na atual intervenção comunitária foram totalmente atingidos e mesmo superados, evidenciando assim ganhos em saúde.

### 3. CONCLUSÕES

Neste capítulo, no sentido de expor as principais conclusões do projeto de intervenção comunitária, focaram-se aspetos reflexivos sobre as competências adquiridas como EEECS, assim como as considerações finais, com abordagem às implicações e limitações para a prática do presente projeto.

#### 3.1 Reflexão sobre as Competências Adquiridas

O desenvolvimento do presente projeto de intervenção comunitária teve como finalidade desenvolver competências específicas na intervenção em Enfermagem Comunitária, utilizando estratégias adequadas à diversidade dos contextos visando a aquisição de melhores níveis de saúde das famílias, grupos e comunidade (ESEL, 2010).

A OE (2010) menciona que as competências específicas são demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas e que o EEECS adquire essas competências no percurso da sua formação especializada, permitindo-lhe participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades (OE, 2010).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o estatuto de enfermeiro especialista “reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade” (DECRETO-LEI n.º 104/98, p.1742). A atuação do Enfermeiro Especialista deve reger-se por elevados padrões de qualidade e de responsabilidade ética e legal, de acordo com o código deontológico do Enfermeiro, constante no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. As competências exclusivas do EEECS foram regulamentadas pelo respetivo Colégio de Especialidade da OE e publicadas no Regulamento n.º128/2011 no Diário da República nº35, série II de 18/02/2011.

A utilização da metodologia do Planeamento em Saúde, seguindo as etapas propostas por Tavares, permitiu a aquisição de competências e assumiu-se como alicerce fundamental para a avaliação do estado de saúde do grupo de adolescentes, através da elaboração do diagnóstico de saúde, estabelecendo-se as prioridades em saúde e formulando-se objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas. A articulação com o modelo de intervenção de enfermagem comunitária

(ESEL, 2010), o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender assumiu-se essencial para analisar a situação de saúde, no sentido de fundamentar a intervenção comunitária.

Salienta-se igualmente a importância da mobilização dos conhecimentos da componente teórica, adquiridos durante o percurso académico, relacionando-os com o contexto da intervenção.

Esta metodologia potenciou a autonomia, liderança e responsabilidade no planeamento e implementação do presente projeto de intervenção comunitária, com vista à resolução dos problemas identificados, através da capacitação do grupo de adolescentes para a consecução do seu projeto de saúde, na adoção de estilos de vida saudáveis. A aquisição das competências relacionadas com a investigação na área da enfermagem comunitária e em saúde, foram também aperfeiçoadas ao longo do processo do Planeamento em Saúde, através da pesquisa e da revisão bibliográfica e mais especificamente na etapa do diagnóstico de situação de saúde, nomeadamente na definição da população, amostra, colheita de dados, questões éticas e análise e discussão dos dados (ESEL, 2010; OE, 2010).

Para a avaliação do projeto de intervenção, outra das competências adquiridas durante a frequência do estágio, foi pertinente uma reflexão cuidada do impacto de todas as intervenções junto do grupo específico que foi alvo da intervenção, mensurando as mudanças desejáveis conducentes à melhoria do estado de saúde.

Para a justificação e pertinência do projeto, problematizou-se o fenómeno do consumo de tabaco como um grave problema de saúde pública, quer a nível geral, quer a nível dos adolescentes, no quadro geral da saúde e doença em Portugal, mobilizando estudos recentes nacionais e internacionais realizados nessa respetiva área.

No desenvolvimento da atual intervenção comunitária, constitui especial relevância a integração de conhecimentos de diferentes disciplinas (OE, 2010), nomeadamente os contributos fundamentais da Teoria Social Cognitiva, que conjuntamente com o modelo conceptual Modelo de Promoção da Saúde, se revelaram adequados e fundamentalmente norteadores, contribuindo para o processo de capacitação do grupo. Como abordagem ativa, a estratégia EpS, assume particular relevo, visando promover atitudes e comportamentos positivos de saúde, estando implícita, no seu processo de conceção, a importância do EEECS. Acredita-se que a EpS dirigida a grupos exige dos EEECS um amplo e complexo conjunto de competências, no sentido de estabelecer as melhores



estratégias para proporcionar as respostas adequadas às reais necessidades, tendo em vista a consecução de um melhor nível de saúde para os adolescentes.

Acreditando-se que é imprescindível estabelecer parcerias comunitárias, considera-se a escola como um contexto específico para desenvolver intervenções, permitindo uma abordagem concertada, multidisciplinar e multiprofissional (ESEL, 2010) na resolução de problemas relativos ao consumo de tabaco no grupo específico dos adolescentes.

Destaca-se que todas as intervenções efetuadas permitiram desenvolver uma prática reflexiva tendo por base os valores ético-sociais do grupo (ESEL, 2010), contribuindo para o desenvolvimento da capacidade de adaptação a novas situações e do aperfeiçoamento de um espírito crítico.

Considerando a relevância, especificidades e recomendações dos diferentes programas de saúde, nomeadamente o PNSE e o PNPCT, e os objetivos estratégicos do PNS 2012-2016 relativamente a uma das áreas prioritárias de intervenção: prevenção do consumo de tabaco nos adolescentes em contexto escolar, a maximização das atividades do presente projeto de intervenção foram fundamentais para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2010).

A execução deste relatório representa um contributo no processo de aquisição de competências, nomeadamente a comunicação e divulgação da prática clínica e de investigação (ESEL, 2010), ao permitir a transmissão de todo o processo e ainda as suas implicações para a prática, relativamente à capacitação de um grupo de adolescentes para a prevenção do consumo de tabaco.

Além de todas as competências adquiridas, outras foram aprofundadas e sedimentadas. A justificação prende-se com o fato da experiência profissional detida no âmbito dos CSP, conferir a aquisição de competências especializadas no âmbito da Especialidade em Enfermagem Comunitária. Tal fato deve-se principalmente às atividades realizadas e desenvolvidas ao longo de 15 anos em CSP.

Refletindo sobre o caminho percorrido ao longo de todo este estágio, tendo como referencial as oportunidades de aprendizagem e o conjunto de competências que todo este percurso proporcionou, conclui-se que os objetivos inerentes à UC Estágio com Relatório foram amplamente atingidos.

### **3.2 Considerações finais**

As atuais alterações demográficas, a globalização da sociedade e o conhecimento aprofundado dos determinantes da saúde, tais como os estilos de vida, originam novas necessidades em cuidados de saúde. Como resultado do seu conhecimento aprofundado e experiência clínica, o EEECS, adota um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes indivíduos, grupos ou comunidade, proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2010).

Os ganhos em saúde são entendidos como resultados positivos e a sua evolução traduz-se por ganhos em anos de vida, pela diminuição da incapacidade, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial, e pela diminuição do sofrimento evitável e consequente melhoria da qualidade de vida. Esta intervenção comunitária constituiu-se assim como uma forma de ganhos em saúde, contribuindo para a prevenção do consumo de tabaco e do tabagismo através de uma estratégia de educação para a saúde dirigida a adolescentes a frequentar o 7º ano, em contexto escolar, contribuindo para a literacia em saúde (ACS, 2012).

Ainda que outros saberes possam trazer contributos valiosos para os cuidados de Enfermagem Especializados, a Promoção da Saúde destaca-se pela sua relevância, sendo inegável o grandioso papel na prestação de cuidados de saúde de excelência, na consecução de ganhos em saúde dos adolescentes, de forma a capacitá-los para uma escolha consciente e saudável sobre o consumo de tabaco.

Como aspeto positivo na elaboração e concretização do projeto, salienta-se que a utilização da metodologia do Planeamento em Saúde revelou-se fundamental para nortear o processo de planeamento e implementação da intervenção, permitindo uma gestão eficaz dos recursos utilizados. A complementaridade com o referencial teórico, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, permitiu justificar e alicerçar as atividades desenvolvidas, reconhecendo alterações ao nível das cognições específicas antevendo futuros ganhos em saúde neste grupo específico.

Acredita-se que a partir dos conhecimentos adquiridos ao longo da concretização deste projeto, se possa contribuir para a definição de melhores estratégias para prevenir o tabagismo e os problemas associados, baseando-se sobretudo na prevenção primária dirigida aos adolescentes procurando evitar ou atrasar a iniciação e a habituação tabágica, principalmente através da educação para a saúde, estratégia fundamental para melhorar

a literacia em saúde, promovendo a motivação, as competências pessoais e autoestima, necessárias para adotar medidas destinadas a melhorar a saúde.

Considerando que o projeto sobre a prevenção do tabagismo na adolescência faz parte integrante do plano de ação da UCC e sendo a sua pretensão a sua implementação, devido à sua inexistência, o atual projeto de intervenção comunitária veio colmatar essa lacuna. A Equipa de Saúde Escolar manifestou interesse e receptividade em abarcar o atual projeto, com a metodologia em que foi elaborado, pretendendo alargá-lo às outras escolas abrangidas pela UCC, e ainda no sentido de monitorizar a mudança de comportamentos desta intervenção, realizar a longo prazo intervenções continuadas e ajustadas à problemática em questão.

Salienta-se ainda como aspeto positivo a existência de uma boa articulação e estreita relação com os profissionais da escola, envolvidos no projeto, o que muito contribuiu para o sucesso do mesmo.

Como limitação do projeto de intervenção, menciona-se o curto período de tempo estipulado para o estágio, mas considera-se que este obstáculo foi ultrapassado devido ao empenho e motivação, o que de fato contribuiu para o desenvolvimento de capacidades e competências no sentido de adaptar as estratégias e as atividades desenvolvidas durante a intervenção. A avaliação da adoção de estilos de vida saudáveis relativamente ao consumo de tabaco, implicando mudança de comportamento, ficou também condicionada pela limitação temporal, não permitindo expressar os reais ganhos em saúde, pois de acordo com Carvalho e Carvalho (2006) é necessário um período temporal mais alargado de consecução do projeto para que se consiga uma mudança comportamental. Também Pender, Murdaugh e Parsons (2011) referem que os resultados de longo prazo incluem a mudança de estilo de vida e melhoria da qualidade de vida, sendo considerados os resultados finais da intervenção de promoção da saúde. Consequentemente seria necessário continuar a acompanhar este grupo de alunos para se poder avaliar o impacto efetivo da intervenção e os respetivos ganhos em saúde.

Conclui-se que a realização do projeto de intervenção comunitária espelhado no presente relatório, constituiu-se fundamental para a aquisição de competências específicas para a prática de cuidados especializados como EEECS.

O culminar de toda a intervenção comunitária desenvolvida representa a capacitação dos adolescentes para tomadas de decisão fundamentadas e esclarecidas, reduzindo os comportamentos de risco relativamente ao consumo de tabaco.

#### 4.BIBLIOGRAFIA

- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (2012) – **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. Lisboa. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- AVENTURA SOCIAL E SAÚDE (2006) – **Consumo de Substâncias nos Adolescentes Portugueses, Relatório Preliminar**. Lisboa.
- AVENTURA SOCIAL E SAÚDE (2012) – **A Saúde dos Adolescentes Portugueses, Relatório do Estudo HBSC 2010**. 1ª Edição. Lisboa. ISBN: 978-989-95849-5-2
- BANDURA, A. (1986) – **Social Foundations of Thought and Action: a social cognitive theory**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- BARREIRA, E., MADEIRA, M. (2009) – Programa de intervenção “Quero crescer saudável”. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. 6. Pág. 250-261.
- BORGES, M., et al (2009) - Carga e Custos da Doença Atribuível ao Tabagismo em Portugal. Prémio Thomé Villar/Boehringer Ingelheim 2008. **Revista Portuguesa de Pneumologia** Vol. XV, N.º 6 Novembro/Dezembro. Pág. 951-1004
- CARMO, H; FERREIRA, M. (1998) – **METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO, Guia para auto-aprendizagem**. Universidade Aberta. Lisboa. ISBN: 972-674-231-5
- CARVALHO, A.; CARVALHO, G. (2006) – **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: CONCEITOS, PRÁTICAS E NECESSIDADES DE FORMAÇÃO. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros**. Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8930-22-4
- CENTRO DE APOIO NACIONAL (1998) – **Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde**. Lisboa: CCPES.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2011) – **CIPE® Versão 2 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2
- DECRETO-LEI n.º 104/1998 – **D.R. I Série**. 93 (1998-04-21) 1739-1757
- DESPACHO n.º 25 995/2005. **D.R.II Série** 240 (16.12.2005)
- DIRECÇÃO GERAL DE INOVAÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO CURRICULAR, DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, INSTITUTO DA DROGA E TOXICODEPENDENCIA (2007) – **Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar**. Lisboa.

- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2006) – **Programa Nacional de Saúde Escolar.** (Circular Normativa nº7/DSE/2006). Lisboa
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2007) - **Cessação Tabágica, Programa Tipo de Actuação.** Lisboa.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2007) - **Consumo de Tabaco, Estratégias de Prevenção e Controlo.** Lisboa
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE E INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2011) – **AVALIAÇÃO DA LEI DO TABACO EM PORTUGAL 2008-2010. INFOTABAC RELATÓRIO.**
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2003) - **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida.** Lisboa
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2012) - **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo - Orientações Programáticas.** Lisboa
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2013) - **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016.** Lisboa
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (2009) - **Hábitos tabágicos diagnóstico e intervenção.** Universidade Nova de Lisboa. Lisboa
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (2012) – **Uma Reflexão Nacional. Portugal sem fumo. Estudo de Tabagismo 2012, A opinião dos Portugueses.** Disponível em <http://www.slideshare.net/carlosmartins20/tabagismo-em-portugal-2012>
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2010) – **Guia Orientador. Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária.** Lisboa.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2012), Divisão do Centro de Documentação e Bibliotecas – **Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações NP 405 (ISO 690).** Lisboa.
- FERREIRA, M.; NELAS, P. (2006) - **ADOLESCÊNCIAS... ADOLESCENTES...** Educação, Ciência e Tecnologia, Pág 141-162
- FONSECA, C., et al (2008) – **Investigação Passo a Passo – Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica.** 1ª Edição. Lisboa.

- HOCKENBERRY, M.; WILSON, D. (2011) – **Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8ª Ed. Elsevier ISBN: 978-85-352-3447-3
- IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. (1993) – **METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE, IP DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA (2009) - **Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006**. Lisboa. ISBN 978-972-8643-43-0
- MARTINET, Y., BOHADANA, A. (2003) – **O TABAGISMO, Da prevenção à abstinência**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-030-8
- MATOS, M, et al (2003) – Comportamentos e atitudes sobre o tabaco em adolescentes portugueses fumadores. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**. 4 (2). Pág 205-219
- NUNES, A. (2004) – Os jovens e os factores associados ao consumo do tabaco. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol.22. Nº2. Julho/ Dezembro. Pág. 57-67.
- NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: OE.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa: OE.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa: OE.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986). **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: OMS
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2009) - **Declaração de Vilnius**. Terceira Conferência Europeia de Escolas Promotoras de Saúde. Vilnius: OMS
- PAPALIA, D. et al (1999) – **O mundo da criança**. 8ª Ed. Lisboa: McGraw-Hill. ISBN 972-773-069-8

- PENDER, N.; MURDAUGH, C.; PARSONS, M. (2011) – **Health Promotion in Nursing Practice**. 6ªed. Boston: Pearson Education. ISBN 978-0-13-509721-2.
- PRECIOSO, J.; MACEDO, M. (2004) – **Bases científicas para a prevenção do consumo de tabaco na escola**. O professor. Janeiro/ Fevereiro. Nº84. III Série. P 13-21.
- REDMAN, B. (2001) - **A prática da Educação para a Saúde**. 9ª Ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-39-8.
- REGULAMENTO nº 128/2011. **D.R. II Série**. 35 (18.02.2011) 8667-8669.
- SOUZA, A. et al, (2005) - A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS). Ago 26(2)Pág 147-153.
- STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ªed. Loures: LUSODIDACTA – Soc. Port de Material Didáctico, Lda. ISBN 978-989-8075-29-1
- TAVARES, A. (1990) - **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. 2ªed. Lisboa: Ministério da Saúde, DHR.
- TOMEY, A.; ALLIGOOD, M.(2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra Modelos e Teorias de Enfermagem** – 5.ª edição. Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-74-6
- VICTOR, J.; LOPES, M.; XIMENES, L. (2005) – Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paul Enferm**. 18(3). Pág 235-240.
- VITORIA, P., RAPOSO, C., PEIXOTO (2000) – A prevenção do tabagismo nas escolas. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**. 1 (1). Pág. 45-51





## APÊNDICES

## **Apêndice I - Cronograma do projeto de intervenção comunitária**

Cronograma do Estágio da intervenção comunitária  
De 01 de outubro de 2012 a 15 de fevereiro de 2013

Etapas \ Datas	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Determinação de Prioridades					
Diagnósticos de Enfermagem					
Fixação de Objetivos					
Seleção de Estratégias					
Preparação Operacional					
Avaliação					

## **Apêndice II – Pedido de autorização ao Diretor da Escola**

Exmo. Sr. Diretor  
da Escola EB 2,3

08 de maio de 2012.

Ana Cristina Xavier, enfermeira, a frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária, sob orientação da Professora Cláudia Bacatum e está inserida na equipa de Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade, cujo tema é a “Prevenção do Tabagismo nos Adolescentes”. Neste âmbito vem solicitar autorização para que este projeto seja desenvolvido na Escola EB 2,3 em duas turmas do 6º ano, onde numa fase inicial será aplicado o Questionário GYTS.PT, com autorização da DGIDC nº 0027000001.

Anexa-se o respetivo questionário assim como o pedido de autorização dos encarregados de educação.

Desde já agradece-se a vossa atenção e disponibilidade, aguardando resposta, o mais breve que vos seja possível.

Com os melhores cumprimentos

(Ana Cristina Xavier)

**Apêndice III – Pedido de autorização aos Encarregados de Educação para  
preenchimento do questionário**

Exmo. Encarregado de Educação

Ana Cristina Xavier, enfermeira, a frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, encontra-se a desenvolver o Projeto de Intervenção Comunitária: “Prevenção do Tabagismo nos Adolescentes”.

Este projeto tem como finalidade desenvolver competências nos adolescentes para a prevenção do consumo de tabaco.

Assim, vem solicitar a sua autorização para aplicar o questionário GYST.PT com autorização nº0027000001 da DGIDC, ao seu educando. O questionário é voluntário, anónimo e confidencial.

Grata pela sua disponibilidade

08 de maio de 2012

---

Risque o que não interessar

Autorizo/ Não Autorizo, o meu educando,  
\_\_\_\_\_, do ano \_\_\_\_\_, da turma \_\_\_\_\_  
a preencher o questionário do Projeto “Prevenção do Tabagismo nos Adolescentes”.

Assinatura

---

## **Apêndice IV – Tabelas dos resultados relevantes da aplicação do questionário**



**Tabela n.º1 – Distribuição dos sujeitos por género**

Variável Género		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Masculino	25	55,5%
Feminino	20	44,5%
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**Tabela n.º2 – Distribuição dos sujeitos por idade**

Variável Idade		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
12 anos	23	51,1%
13 anos	21	46,7%
14 anos	1	2,2%
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Média de idades	12,5 anos
-----------------	-----------

**Tabela n.º3 – Distribuição dos sujeitos que alguma vez experimentaram fumar cigarros**

Variável Alguma vez experimentas-te fumar cigarro, nem que seja uma ou duas fumaças?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	5	11,1%
Não	40	88,9%
Não responde	0	0%
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Relação género / experimentação		
Alunos que experimentaram	Masculino	Feminino
5	4	1

**Tabela n.º 4 – Distribuição da idade dos sujeitos quando experimentaram fumar cigarros**

Variável Que idade tinhas quando experimentaste fumar?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Nunca fumei	40	88,9%
7 anos ou menos	1	2.2%
8 a 9 anos de idade	0	0%
10 a 11 anos de idade	4	8.9%
12 a 13 anos de idade	0	0%
14 a 15 anos de idade	0	0%
Total	45	100%

**Tabela n.º 5 – Distribuição por dias em que o sujeito fumou**

Variável Nos últimos 30 dias (um mês), quantos dias fumaste?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
0 dias	44	97.8%
1 a 2 dias	0	0%
3 a 5 dias	1	2.2%
6 a 9 dias	0	0%
10 a 19 dias	0	0%
20 a 29 dias	0	0%
Todos os 30 dias	0	0%
Total	45	100%

**Tabela n.º 6 – Distribuição de cigarros fumados pelo sujeito**

Variável Nos últimos 30 dias (um mês), os dias que fumaste, quantos cigarros fumaste habitualmente?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não fumei cigarros durante os últimos 30 dias	44	97.8%
Menos de um cigarro por dia	1	2.2%
1 cigarro por dia	0	0%
2 a 5 cigarros por dia	0	0%
6 a 10 cigarros por dia	0	0%
11 a 20 cigarros por dia	0	0%
Mais de 20 cigarros por dia	0	0%
Total	45	100%

**Tabela n.º 7 – Distribuição do local habitual onde o sujeito fuma**

Variável Habitualmente onde fumas? (Selecionar uma só resposta)		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não fumo	44	97.8%
Na escola	0	0%
No trabalho	0	0%
Em casa de amigos	0	0%
Em festas ou reuniões sociais	0	0%
Em lugares públicos (por exemplo: parques, na rua, em centros comerciais)	1	2.2%
Em outros lugares	0	0%
Total	45	100%

**Tabela n.º 8 – Distribuição de familiares que fumam**

Variável Os teus pais fumam? (ou pessoas com quem vives: avós, por exemplo)?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Nenhum deles	20	44.4%
Os dois	7	15.6%
Só o meu pai	11	24.4%
Só a minha mãe	7	15.6%
Não sei	0	0%
Total	45	100%

**Tabela n.º 9 – Distribuição de sujeitos que fumavam por influência de amigos**

Variável Se um dos teus melhores amigos ou amigas te oferecesse um cigarro, fumavas?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Definitivamente não	37	82.2%
Provavelmente não	7	15.6%
Provavelmente sim	0	0%
Definitivamente sim	0	0%
Não respondeu	1	2.2%
Total	45	100%

**Tabela n.º 10 – Distribuição de sujeitos que receberam informação sobre o assunto por familiares**

Variável Alguém da tua família falou contigo sobre os efeitos negativos de fumar?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	30	66.7%
Não	14	31.1%
Não respondeu	1	2.2%
Total	45	100%

**Tabela n.º 11 – Distribuição de colegas de escola que fumam**

Variável Quantos dos teus colegas de ano fumam?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
A maioria	0	0%
Cerca de metade	1	2.2%
Alguns	3	6.7%
Nenhum	41	91.1%
Total	45	100%

**Tabela n.º 12 – Distribuição da opinião dos sujeitos sobre amigas quando as raparigas fumam**

Variável Acreditas que as raparigas que fumam têm mais ou menos amigas?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Mais amigas	6	13.3%
Menos amigas	16	35.6%
Não há diferença em relação às que não fumam	23	51.1%
Total	45	100%

**Tabela n.º 13 – Distribuição da opinião dos sujeitos sobre amizades quando os rapazes fumam**

Variável Acreditas que os rapazes que fumam têm mais ou menos amizades?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Mais amizades	10	22.2%
Menos amizades	11	24.4%
Não há diferença em relação às que não fumam	24	53.4%
Total	45	100%

**Tabela n.º 14 – Distribuição da opinião dos sujeitos sobre fumar em eventos**

Variável Fumar cigarros ajuda as pessoas a sentir-se mais ou menos à vontade em comemorações, festas ou em outras reuniões sociais?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Mais à vontade	11	24.4%
Menos à vontade	12	26.7%
Não há diferença em relação aos que não fumam	21	46.7%
Não responde	1	2.2%
Total	45	100%

**Tabela n.º 15 – Distribuição da opinião dos sujeitos sobre imagem das raparigas que fumam**

Variável Acreditas que fumar cigarros faz com que as raparigas pareçam mais ou menos atraentes?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Mais atraentes	1	2.2%
Menos atraentes	24	53.4%
Não há diferença em relação às que não fumam	20	44.4%
Total	45	100%

**Tabela n.º 16 – Distribuição da opinião dos sujeitos sobre imagem dos rapazes que fumam**

Variável Acreditas que fumar cigarros faz com que os rapazes pareçam mais ou menos atraentes?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Mais atraentes	3	6.7%
Menos atraentes	17	37.8%
Não há diferença em relação às que não fumam	25	55.6%
Total	45	100%

**Tabela n.º 17 – Distribuição dos conhecimentos dos sujeitos sobre fumar e variação de peso**

Variável Acreditas que fumar cigarros te faz engordar ou emagrecer?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Engordar	4	8.9%
Emagrecer	15	33.3%
Não há diferença em relação aos que não fumam	26	57.8%
Total	45	100%

**Tabela n.º 18 – Distribuição dos conhecimentos dos sujeitos sobre fumar e saúde**

Variável Acreditas que fumar é prejudicial à tua saúde?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Definitivamente não	1	2.2%
Provavelmente não	0	0%
Provavelmente sim	2	4.4%
Definitivamente sim	42	93.4%
Total	45	100%

**Tabela n.º 19 – Distribuição de melhores amigos que fumam**

Variável Alguns dos teus melhores amigos ou amigas fuma?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Nenhum deles	38	84.5%
Algum/Alguns deles	6	13.3%
A maioria deles	0	0%
Todos eles	0	0%
Não respondeu	1	2.2%
Total	45	100%

**Tabela n.º 20 – Distribuição da opinião dos sujeitos sobre as mulheres que fumam**

Variável Quando vês uma mulher a fumar, que pensas dela? (Selecionar uma só resposta)		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Falta-lhe confiança/ é insegura	21	46.7%
É uma tonta	13	28.9%
É uma perdedora	5	11.1%
Tem êxito	0	0%
É inteligente	0	0%
É sofisticada	0	0%
Não respondeu	6	13.3%
Total	45	100%

**Tabela n.º 21 – Distribuição da opinião dos sujeitos sobre os homens que fumam**

Variável Quando vês um homem a fumar, que pensas dele? (Selecionar uma só resposta)		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Falta-lhe confiança/ é inseguro	20	44.5%
É um tonto	15	33.3%
É um perdedor	4	8.9%
Tem êxito	0	0
É inteligente	0	0%
É sofisticado	0	0%
Não respondeu	6	13.3%
Total	45	100%

**Tabela n.º 22 – Distribuição dos conhecimentos dos sujeitos sobre fumar e saúde, durante 1 ou 2 anos**

Variável Acreditas que fumar é prejudicial à tua saúde?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Definitivamente não é prejudicial desde que o deixes em 1 ou 2 anos	5	11.1%
Provavelmente não é prejudicial desde que o deixes em 1 ou 2 anos	4	8.9%
Provavelmente sim é prejudicial mesmo que o deixes em 1 ou 2 anos	8	17.8%
Definitivamente sim é prejudicial mesmo que o deixes em 1 ou 2 anos	28	62.2%
Total	45	100%

**Tabela n.º 23 – Distribuição de conhecimentos nas aulas sobre fumar**

Variável Durante o presente ano escolar falaram-te em qualquer das tuas aulas sobre os perigos de fumar?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	36	80.0%
Não	3	6.7%
Não tenho a certeza	5	11.1%
Não respondeu	1	2.2%
Total	45	100%

**Tabela n.º 24 – Distribuição de conhecimentos nas aulas sobre razões de fumar**

Variável Durante este ano escolar discutiste em qualquer das tuas aulas porque razão as pessoas da tua idade fumam?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	16	35.6%
Não	14	31.1%
Não tenho a certeza	13	28.9%
Não respondeu	2	4.4%
Total	45	100%



**Tabela n.º 25 – Distribuição de conhecimentos nas aulas sobre efeitos de fumar**

Variável		
Durante o presente ano escolar, falaram-te em qualquer das tuas aulas acerca dos efeitos de fumar? Como por exemplo, que os teus dentes ficam amarelos, que causa rugas, ou que te faz cheirar mal?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	35	77.8%
Não	3	6.7%
Não tenho a certeza	7	15.5%
Total	45	100%

**Tabela n.º 26 – Distribuição do momento letivo em que falaram sobre fumar e saúde**

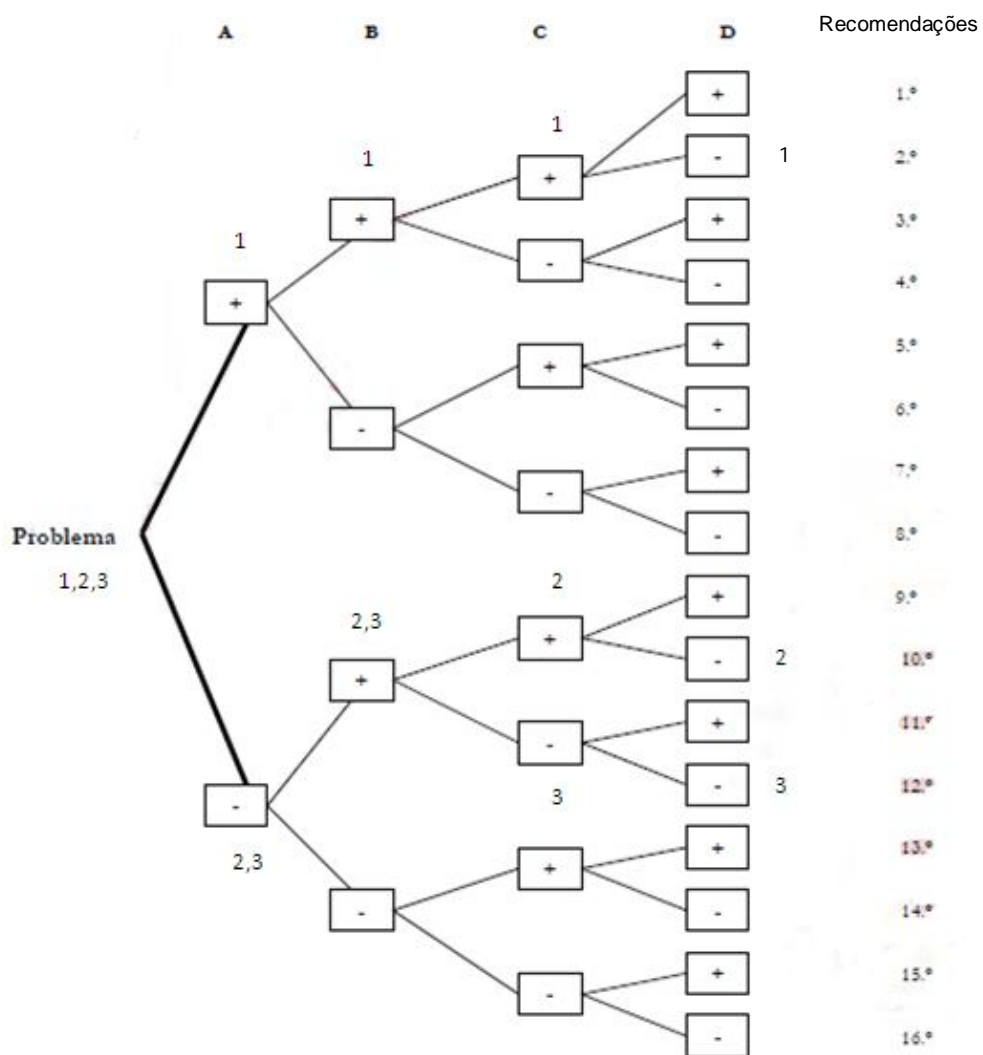
Variável		
Quando foi a última vez que falaram nas aulas sobre fumar e a saúde como parte de uma aula?		
	Frequência absoluta	Frequência relativa
Nunca	4	8.9%
Este período	38	84.5%
No período passado	1	2.2%
Há dois períodos	1	2.2%
Há mais de um ano	1	2.2%
Total	45	100%

**Apêndice V - Tabela da grelha de análise para determinação de prioridades**

**Tabela da grelha de análise para determinação de prioridades**

<b>Problemas</b> / <b>Critérios</b>	<b>A</b> Importância do problema	<b>B</b> Relação entre o problema e o(s) fator(s) de risco	<b>C</b> Capacidade técnica de resolver o problema	<b>D</b> Exequibilidade do projeto ou da intervenção	<b>Recomendações</b>
1- Défice de conhecimentos em relação ao consumo de tabaco ser prejudicial para a saúde	+	+	+	-	2
2 - Experimentação de cigarros por parte dos adolescentes	-	+	+	-	10
3 - Existência de pais fumadores: só o pai, só a mãe ou ambos	-	+	-	-	12

## **Apêndice VI - Grelha de análise**



Grelha de análise para determinação de prioridades in: Tavares (1990) extraído de Pineault e Daveluy, 1986

## **Apêndice VII – Planos das sessões de educação para a saúde**

**Plano da 1ª Sessão de Educação para a saúde**  
**“Prevenção do Tabagismo na Adolescência”**

**Objetivos Gerais:** informar os alunos sobre o tabagismo e as suas consequências; desenvolver as opiniões dos alunos relativamente a fumar e a não fumar através do conhecimento sobre os efeitos do tabagismo; contribuir para a formação de atitudes mais adequadas dos alunos relativamente ao tabagismo.

**Objetivos Específicos:** Que os alunos sejam capazes de enunciar pelo menos 3 substâncias nocivas presentes no tabaco e saber os seus efeitos; conhecer efeitos do tabagismo, a curto e longo prazo, para o organismo, para a pessoa e suas relações pessoais; conhecer efeitos do fumo passivo de tabaco; reconhecer alternativas saudáveis para realizar os motivos positivos para fumar; saber que o consumo de tabaco está relacionado com a iniciação e a dependência de drogas ilegais; conhecer o conceito de droga e compreender o processo de dependência; saber que o tabaco provoca dependência; reconhecer que muitos fumadores querem deixar de fumar, mas não conseguem porque estão dependentes.

**População alvo:** Alunos das turmas 7ºA e 7ºC

**Datas:** 31/10/2012 e 08/11/2012

**Duração:** 90 minutos

**Local:** Sala de aula Escola EB 2,3

**Auxiliares pedagógicos, materiais e equipamentos:** Computador com software PowerPoint; Tela/parede de projeção; Quadro cerâmico e marcadores/ giz; Documentação em formato papel e digital

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação dos objetivos da intervenção	Expositivo	10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	<p>Apresentação de informações gerais sobre o tabaco (Dados da OMS, o consumo de tabaco nos adolescentes, marcos históricos, tabaco e tabagismo)</p> <p>Realização da Atividade nº1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação do questionário.</li> <li>- Recolher, baralhar e redistribuir os questionários ao acaso pelos alunos.</li> <li>- Os resultados são apresentados no quadro da sala de aula e discutidos.</li> </ul> <p>Exposição sobre “A Prevenção do Tabagismo na Adolescência”, com base nas afirmações do questionário aplicado.</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Reflexivo</p>	75 min.
<b>Conclusão</b>	Encerramento da sessão	Expositivo	5 min.



**Plano da 2ª Sessão de Educação para a saúde**  
**“Prevenção do Tabagismo na Adolescência”**

**Objetivos Gerais:** que os alunos sejam capazes de: reconhecer que apenas uma minoria da população fuma; aumentar a consciência dos processos de influência social no comportamento: grupos de amigos e outros grupos de referência e a publicidade; clarificar decisões relativamente ao comportamento futuro (fumar ou não).

**Objetivos Específicos:** que os alunos sejam capazes de: reconhecer mecanismos de influência da publicidade no comportamento; aumentar a consciência de como é difícil dizer "não" e porque é difícil dizer "não"; reconhecer mecanismos de pressão dos grupos de pares e de referência por processos diretos (amigo que oferece um cigarro) e indiretos (amigos ou colegas que admiramos fumam); serem capazes de antecipar a sua decisão acerca de fumar ou não fumar no futuro: serem capazes de justificar essa decisão.

**População alvo:** Alunos das turmas 7ºA e 7ºC

**Datas:** 02/11/2012 e 11/12/2012

**Duração:** 90 minutos

**Local:** Sala de aula Escola EB 2,3

**Auxiliares pedagógicos, materiais e equipamentos:** Computador com software PowerPoint; Tela/parede de projeção; Quadro cerâmico e marcadores/ giz; Documentação em formato papel e digital

<b>Etapa</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação dos objetivos da sessão	Expositivo	5 min.
<b>Desenvolvimento</b>	<p>Atividade 1:</p> <p>Colocar a questão “No nosso País, em 100 pessoas, quantas fumam?” e dar tempo para os alunos responderem individualmente. Escrever no quadro as respostas e discuti-las, tendo em conta dados dos inquéritos realizados em Portugal.</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Reflexivo</p> <p><i>Role-play</i></p>	15 min.
	<p>Atividade 2 – Publicidade:</p> <p>Apresentar anúncios e desmontar a forma como estes influenciam o nosso comportamento.</p> <p>Pedir aos alunos exemplos de formas para promover produtos de grande consumo (por exemplo, refrigerantes, iogurtes, leite, higiene, artigos desportivos, etc.). Discutir a forma como a publicidade pode influenciar os nossos comportamentos.</p>		10 min.

	<p>Atividade 3 - Pressão dos colegas e iniciação tabágica (simulação):</p> <p>Simulação de uma situação em que um jovem não fumador é pressionado pelos colegas para fumar um cigarro. Deve encontrar argumentos e soluções para recusar o consumo. Discussão da situação. Os alunos que realizaram o exercício devem exprimir o que sentiram.</p> <p>Atividade 4 – “Quando tiver 20 anos vou ser um fumador?”:</p> <p>Cada aluno expõe oralmente a sua resposta, em que se compromete publicamente a não fumar e expõe as razões que o leva a tomar essa decisão.</p>		<p>30 min.</p> <p>25 min.</p>
<b>Conclusão</b>	Encerramento da sessão	Expositivo	5 min.

## **Apêndice VIII – Especificação da atividade nº 1**

Especificação da Atividade nº1

Atividade nº1	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos que pretende atingir	Avaliação
1ª Sessão de Educação para a Saúde “Prevenção do Tabagismo na Adolescência”	Mestranda	7ºC: 31-10-2012 1h30m  7ºA: 08-11-2012 1h30m	Salas de aulas da Escola EB 2,3	Exposição oral de conteúdos com recurso à projeção de slides  Preenchimento de questionário sobre os conteúdos das sessões  Estimulação da participação ativa dos alunos  Esclarecimento de dúvidas e discussão dos conteúdos apresentados	Informar os alunos sobre o tabaco, o tabagismo, os riscos do consumo de tabaco e os benefícios de não fumar  Aumentar o nível de conhecimentos dos alunos relativamente ao tabaco e seu consumo	Realização efetiva da sessão  Nº de alunos presentes na sessão  Nº de alunos que adquiriram conhecimentos relativos ao tabaco e tabagismo  Nº de alunos que identificaram 3 riscos para a saúde inerentes ao consumo de tabaco e 3 benefícios para a saúde, de não fumar.

Especificação da Atividade nº1

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos que pretende atingir	Avaliação
2ª Sessão de Educação para a Saúde “Prevenção do Tabagismo na Adolescência”	Mestranda	7ºC: 02-11-2012 1h30m  7ºA: 11-12-2012 1h30m	Salas de aulas da Escola EB 2,3	Exposição oral de conteúdos com recurso à projeção de slides  Estimulação da participação ativa dos alunos  Esclarecimento de dúvidas e discussão dos conteúdos apresentados  Realização de exercício de <i>role-play</i>  Resposta à questão “quando tiver 20 anos vou ser um fumador?” e leitura da resposta à turma	Promover a adopção de estilos de vida saudáveis relativamente ao consumo de tabaco  Desenvolvimento de competências de decisão relativamente ao consumo de tabaco	Realização efetiva da sessão Nº de alunos presentes na sessão Nº de alunos que adquiriram conhecimentos relativos ao tabaco e tabagismo Nº de alunos que identificaram 3 riscos para a saúde inerentes ao consumo de tabaco e 3 benefícios para a saúde, de não fumar.

**Apêndice IX – Slides da apresentação das sessões de educação para a saúde**

# Prevenção do Tabagismo na Adolescência



Ana Xavier  
Novembro 2012

## 1ª SESSÃO







## O TABAGISMO

### Sabias que...

- Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012):
- O **Tabagismo** é a principal causa de morte e doença evitável em todo o mundo desenvolvido.
- Morrem anualmente 5 milhões de pessoas em todo o mundo em consequência deste consumo.



## O TABAGISMO

- É entre os 12 e os 14 anos que se instala o hábito de fumar na maioria dos fumadores.
- 3 em cada 5 jovens que experimentam tabaco vêm a tornar-se fumadores regulares.
- Destes, metade virão a morrer prematuramente devido às doenças provocadas pelo tabaco.
- O consumo de tabaco pelos jovens é particularmente grave pois existe o risco de consumo de álcool e outras drogas.

Fumar ou não fumar está nas mãos  
de cada um.



# O TABAGISMO

Afinal o que é o Tabaco?

E o Tabagismo?



## O que é o tabaco?



É uma planta com cerca de 2 metros de altura e folhas que medem entre 60 a 70 cm de comprimento.

As mais comuns são:

- *Nicotiana Tabacum*
- *Nicotiana Rústica*

## E o Tabagismo?

- O Tabagismo é:

toxicomania (toxicodependência)  
caraterizada pela dependência física e  
psicológica do consumo de nicotina.



## Marcos na História do Tabaco

- O Tabaco é consumido na América há milhares de anos (mascado, inalado ou fumado).
- 1492 - Entrada do Tabaco na Europa aquando da descoberta da América por Cristóvão Colombo.
- 1560 – **Jean Nicot** embaixador da corte francesa em Lisboa, utiliza o tabaco para tratar as dores de cabeça da rainha de França - daí a origem do conceito de “nicotina”.



## Marcos na História do Tabaco

- 1950 – Nos EUA, existem os primeiros estudos científicos que relacionam o consumo de tabaco com o aparecimento de cancro.
- 1988 – O Tabaco é considerado uma substância altamente aditiva, comparável nos seus efeitos físicos e psicológicos com as outras substâncias de abuso
- Década de 80 - Evidência que os fumadores passivos também correm riscos de saúde.




## O TABAGISMO

### Atividade 1




**QUESTIONÁRIO SOBRE "O FUMAR"**

Este questionário é anónimo, não te esqueças que não deves escrever o teu nome nesta folha!  
Seguem-se algumas afirmações gerais sobre "fumar". Gostaríamos de saber o que pensas sobre elas.  
Assinala a tua resposta entre as opções apresentadas



Assinala a tua resposta entre as opções apresentadas	É falso	Tenho dúvidas	É verdade
1. Fumar não faz mal à saúde			
2. Estar numa sala cheia de fumo de tabaco não prejudica a saúde			
3. É fácil para um fumador deixar de fumar			
4. O tabaco não é uma droga			
5. Fumar faz as pessoas sentirem-se bem			
6. Fumar ajuda a ter amigos			
7. Fumar está na moda			
8. A maioria dos adultos fuma			
9. A maioria dos meus colegas e amigos/as fuma			
10. O meu comportamento não é influenciado pela publicidade			
11. O facto dos meus amigos fumarem não contribui para que eu fume também			
12. Se os meus amigos me oferecerem um cigarro, será fácil dizer "não"			
13. Quando tiver 20 anos vou ser um fumador			



# O TABAGISMO

## 1.Fumar não faz mal à saúde

### É FALSO

## Quais os componentes do cigarro?

O cigarro contém mais de 4000 substâncias prejudiciais!



## NICOTINA

- Existe na planta e no fumo do tabaco
- É a principal substância responsável pela dependência provocada pelo consumo de tabaco



## ALCATRÃO

- Partículas sólidas suspensas no fumo do tabaco
- Na forma condensada é uma substância gomosa e acastanhada
- Contem 3500 substâncias químicas entre os quais poderosos cancerígenos



## MONÓXIDO DE CARBONO

- É um gás inodoro (sem cheiro)
- Quando inalado em grandes quantidades é mortal
- É tóxico para o organismo



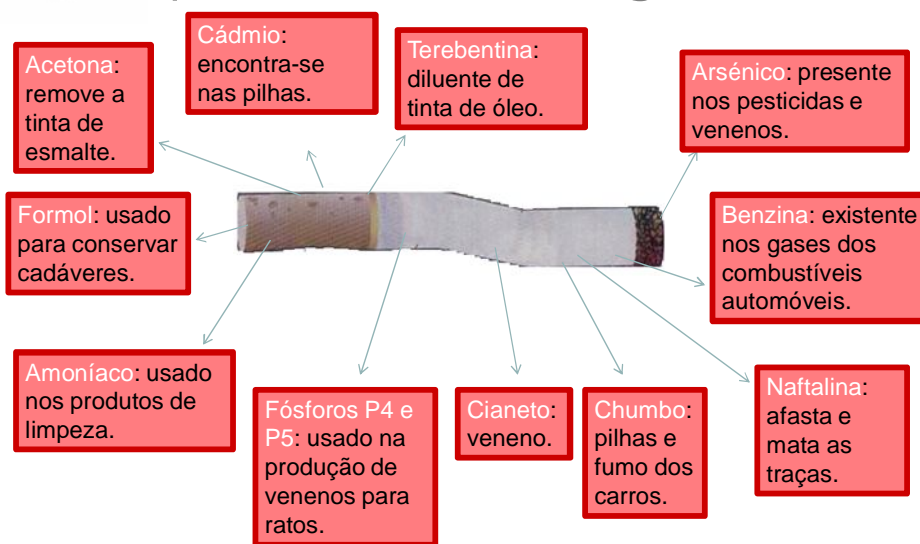


## Substâncias Nocivas Presentes no Tabaco e Seus Efeitos

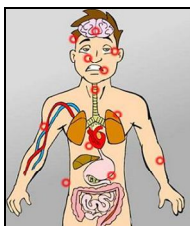
Substâncias	Efeitos imediatos	Efeitos a longo prazo
Nicotina	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tremor das mãos</li><li>- Aumenta o ritmo cardíaco</li><li>- Estreita os vasos sanguíneos</li><li>- Sobrecarrega o coração</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Habituação e dependência</li><li>- Doenças cardíacas e circulatórias</li><li>- Cancro</li></ul>
Monóxido de carbono	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fixa-se na hemoglobina do sangue e diminui o transporte de oxigênio</li><li>- Diminui a forma física</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Doenças cardíacas e respiratórias</li></ul>
Alcatrão	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tosse</li><li>- Irritação das vias respiratórias</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bronquite e outras doenças respiratórias</li><li>- Cancro do pulmão e da garganta</li></ul>



## Substâncias nocivas presentes no Cigarro







## Doenças provocadas pelo tabaco:

<b>Cancro</b>	Pulmão, lábio, cavidade oral, faringe, laringe, esófago, pâncreas, estômago, bexiga, rim, colo do útero
<b>Doenças cardiovasculares</b>	Doenças cardíacas e cerebrais
<b>Doenças respiratórias</b>	Pneumonia, tosse, falta de ar, agravamento de crises de asma e dificuldade no seu controlo
<b>Outras doenças ou alterações</b>	Doenças e irritação dos olhos, irritação das vias aéreas superiores, úlceras no estômago, alterações na saúde reprodutiva, envelhecimento precoce da pele e amarelecimento dos dentes



## Malefícios do tabaco

### Na Mulher

Para além das doenças referidas:

Menor fertilidade

Menopausa mais precoce

### Na Mulher Grávida

Aborto espontâneo

Bebé prematuro

Bebé com baixo peso





## O TABAGISMO

2. Estar numa sala cheia de fumo de tabaco não prejudica a saúde

É FALSO



## O que é o Fumo passivo?

É respirar o fumo dos cigarros fumados por outras pessoas.

Um ambiente com fumo do tabaco é prejudicial para aqueles que nele se encontram.





## Fumo passivo

- Fumo de um cigarro:
  - 15% é inalado pelo fumador
  - 85% poluem a atmosfera e podem ser respirados por outras pessoas



## Fumo passivo

- As pessoas com doenças respiratórias, alergias e complicações cardíacas são afetadas com maior gravidade se estiverem expostas ao fumo do tabaco
- Respirar o fumo de outros pode ser responsável por diversos sintomas:  
dor de cabeça, tonturas, irritação dos olhos, nariz e garganta, dificuldade em respirar, tosse, dores de cabeça, náuseas e falta de concentração.



## Fumo passivo

- A grávida que fuma tem probabilidade de aborto, do filho nascer prematuro, com baixo peso ou morrer.
- As crianças expostas ao fumo do tabaco desenvolvem mais frequentemente problemas respiratórios do que os adultos.



## O TABAGISMO

3.É fácil para um fumador deixar de fumar

4.O tabaco não é uma droga

É FALSO



## Tabagismo, Droga e Dependência

### Droga:

É uma substância capaz de influenciar as funções do organismo

Tem três características principais:

- São psicoativas – têm efeitos no SNC, alterando algumas das funções como:

a percepção

o juízo e decisão

o pensamento

o humor



## Tabagismo, Dependência e Droga

- Provocam dependência ou seja existe necessidade compulsiva do seu consumo

- Podem desorganizar o comportamento e a vida mental e social da pessoa que consome



## Tabagismo, Dependência e Droga

- O tabaco é uma droga:
  - Efeitos psicoativos
  - Provoca dependência
  - Desorganiza (ex.: mulheres grávidas não são capazes de deixar de fumar; pessoas muito doentes não conseguem parar de fumar)



## Tabagismo, dependência e droga

- O tabagismo é uma dependência:
  - A nicotina provoca forte dependência, de modo rápido
  - Cerca de 90% dos fumadores fumam todos os dias (dependentes)
  - Cerca de 80% dos fumadores querem deixar de fumar e não conseguem



## Abstinência do tabaco

Os sintomas de abstinência surgem horas após o último cigarro.

Atingem o máximo em 2 a 3 dias e desaparecem depois de 2 a 4 semanas.



## Manifestações mais comuns da abstinência

Ansiedade  
Irritação  
Insónias  
Mau humor  
Depressão  
Desânimo  
Dificuldade de concentração  
Aumento do apetite  
Vontade intensa de fumar



**É MELHOR NÃO COMEÇAR!**



## O TABAGISMO

- 5. Fumar faz as pessoas sentirem-se bem
- 6. Fumar ajuda a ter amigos
- 7. Fumar está na moda

É FALSO



## O TABAGISMO

Formas alternativas a fumar:

- > Aprender técnicas de relaxamento
- > Fazer desporto
- > Comer adequadamente
- > Dizer piadas
- > ...





## O TABAGISMO

- Benefícios para a saúde, de não fumar:
  - Mais saúde e bem estar
  - Melhor forma física
  - Melhor aspecto
  - Melhor qualidade de vida
  - Mais respeito por si próprio
  - ...

FIM DA 1ª SESSÃO



# Prevenção do Tabagismo na Adolescência



Ana Xavier  
Novembro 2012

## O TABAGISMO

### 2ª SESSÃO





## O TABAGISMO

8. A maioria dos adultos fuma
9. A maioria dos meus colegas e amigos/as fuma

É FALSO



## O TABAGISMO

- No nosso País, em 100 pessoas, quantas fumam?

0-20	21-40	41-60	61-80	81-100



## O TABAGISMO

- Na União Europeia:  
Cerca de 34% da população da fuma
- Em Portugal:  
Cerca de 26% da população fuma



## O TABAGISMO

- 38% dos homens fumam
- 15% das mulheres fumam



## O TABAGISMO

- Nos adolescentes:
  - Começam a fumar por volta dos 14 anos
  - A percentagem de adolescentes fumadores aumenta entre os 14 e os 18 anos e depois estabiliza



## O TABAGISMO

- No conjunto dos adolescentes entre os 12 e os 19 anos fumam apenas 12%
- 1 em cada 10 adolescentes fuma



## O TABAGISMO

### CONCLUSÃO:

- Em Portugal a grande maioria dos adolescentes  
**NÃO** fuma!!!



## O TABAGISMO

10. O meu comportamento não é influenciado pela publicidade



## O TABAGISMO



## O TABAGISMO





# O TABAGISMO



# O TABAGISMO







## O TABAGISMO

- 11. O fato dos meus amigos fumarem não contribui para que eu fume também
- 12. Se os meus amigos me oferecerem um cigarro, será fácil dizer "não"



## O TABAGISMO

Atividade



## O TABAGISMO

13. Quando tiver 20 anos vou ser um fumador

??????????



## Sabias que...

tempo	nº de cigarros	custo €
1 dia	20	4€
7 dias	140	28€
1 mês	600	120€
1 ano	7200	1440€
10 anos	72000	14400€



FIM



OBRIGADA  
PELA  
ATENÇÃO

## **Apêndice X – Especificação da atividade nº 2**

Especificação da Atividade nº2

Atividade nº2	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos que pretende atingir	Avaliação
Exposição “Dia do Não Fumador”	Mestranda Alunos do 7ºA e 7ºC Professoras de ET e EV das respectivas turmas Professora coordenadora do PES	De 16 a 23 de Novembro de 2012	Átrio principal da escola EB 2,3	Exposição de cartazes, folhetos e slides com projecção contínua, elaborados pelos alunos sobre os temas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Benefícios para a saúde, de não fumar</li> <li>• Malefícios do consumo de tabaco</li> </ul>	Alertar a comunidade educativa para a necessidade de adoptar hábitos de vida saudáveis Alertar para os malefícios do tabaco Através da mensagem transmitida pelos alunos incentivar todos aqueles que fumam a deixar de o fazer	Realização efetiva da exposição Realização efetiva dos trabalhos, pelos alunos do 7ºA e 7ºC

## **Apêndice XI – Trabalho realizado pelos alunos do 7ºA**



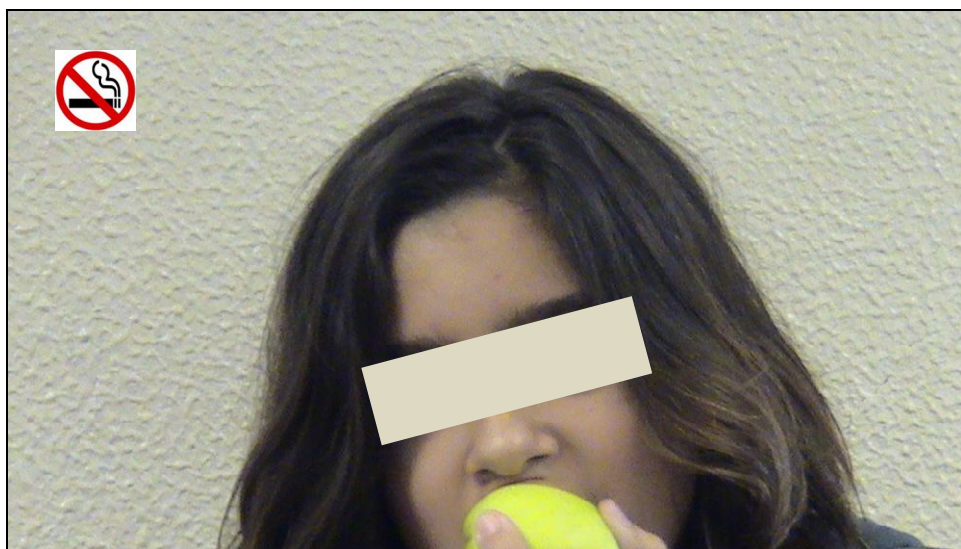
O cigarro é como um beijo, não sustenta mas vicia.











**Quero sentir o sabor da maçã**



**Quero viver muito**





**Quero ter energia para jogar futebol**



**Quero viver num mundo limpo**





**Quero ter uma pele bonita**



**Quero ter um sorriso bonito**

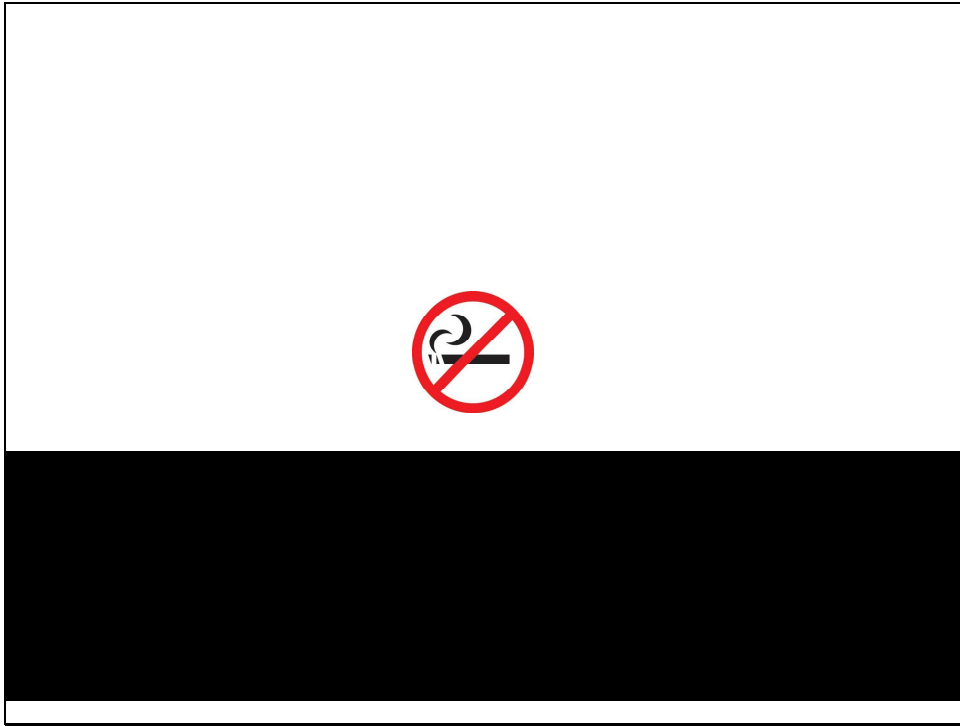




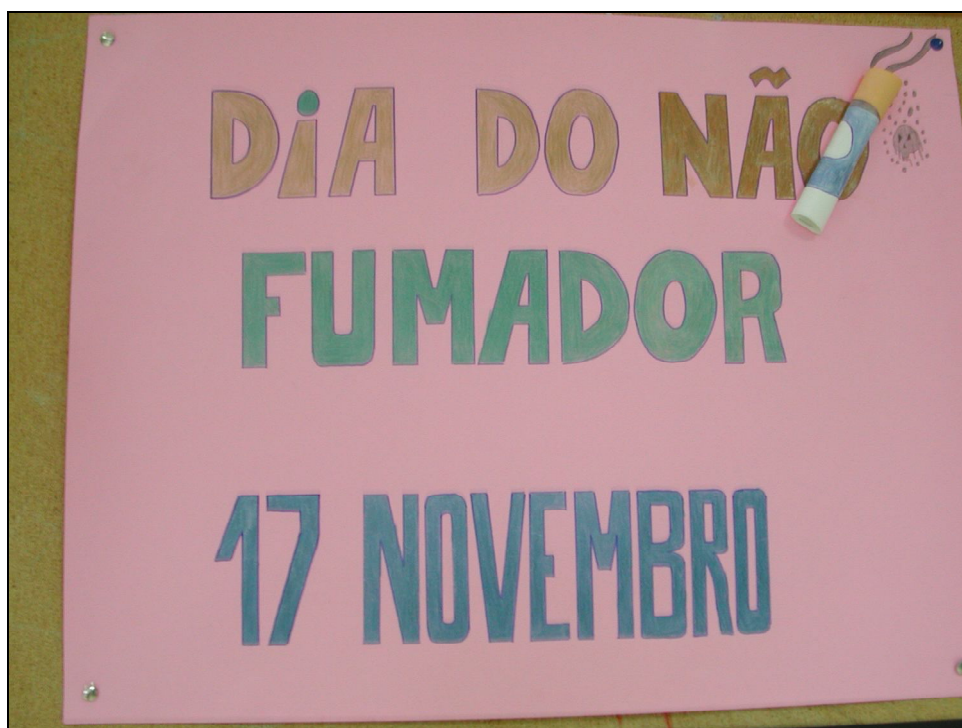




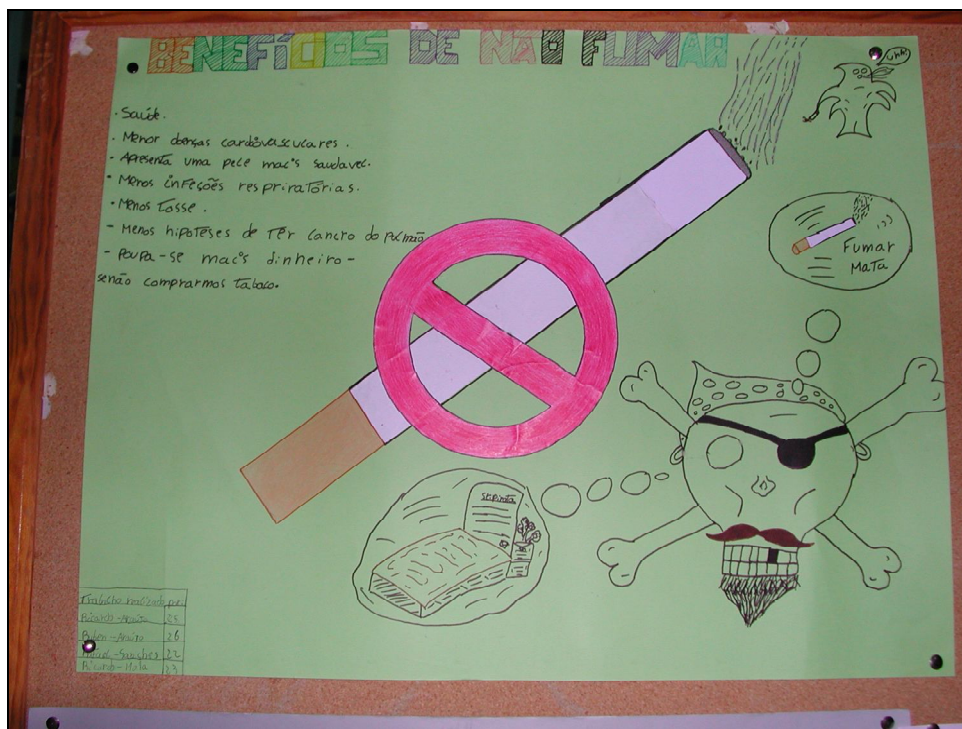




## **Apêndice XII – Trabalhos realizados pelos alunos 7º C**







## Benefícios de não fumar

Após 20 minutos sua pressão sanguínea e a pulsação voltam ao normal  
 Após 2 horas não se tem mais nicotina no sangue  
 Após 8 horas o nível de oxigénio no sangue normaliza-se  
 Após 2 dias o olfato já percebe melhor os cheiros e o paladar já degusta a comida melhor  
 Após 3 semanas a respiração fica mais fácil e a circulação melhora  
 Após 5 a 10 anos o risco de sofrer infartes será igual ao de quem nunca fumou



Ter um ganho substancial uma qualidade de vida diminuindo os riscos de doenças relacionadas ao cigarro como: ataques cardíacos, cancro, enfisema pulmonar, cataratas, etc.



Não expor as pessoas que nos rodeiam riscos do tabagismo, tornando-os fumadores passivos  
 Com cinco anos de abstinência do tabaco, o risco de cancro da boca e do estômago são reduzido para metade



Ao final de dez anos, o risco de cancro do pulmão já é metade do verificado em fumadores, e o de outros cancros diminui consideravelmente.  
 Ao final de dez anos, o risco de cancro do pulmão já é metade do verificado em fumadores, e o de outros cancros diminui consideravelmente.  
 Após quinze anos de abstinência, o risco de doença cardiovascular já é igual ao de um não fumador do mesmo sexo e idade.



Realizado por:  
 Joana Moita  
 Mariana Gonçalves  
 Nelson Casquinha  
 Nuno Vieira  
 Sérgio Silva

Ano/Turma: 7.ºc  
 2012/2013





Fumar é um gasto de tempo,  
saúde e dinheiro.

As pessoas que fumam têm  
menos 10 anos que os não fu-  
madores.

Ca

Feito por:

Âng

Cata

Dan

Dan

7°C

2012/2013



## *Os Malefícios do Tabaco*

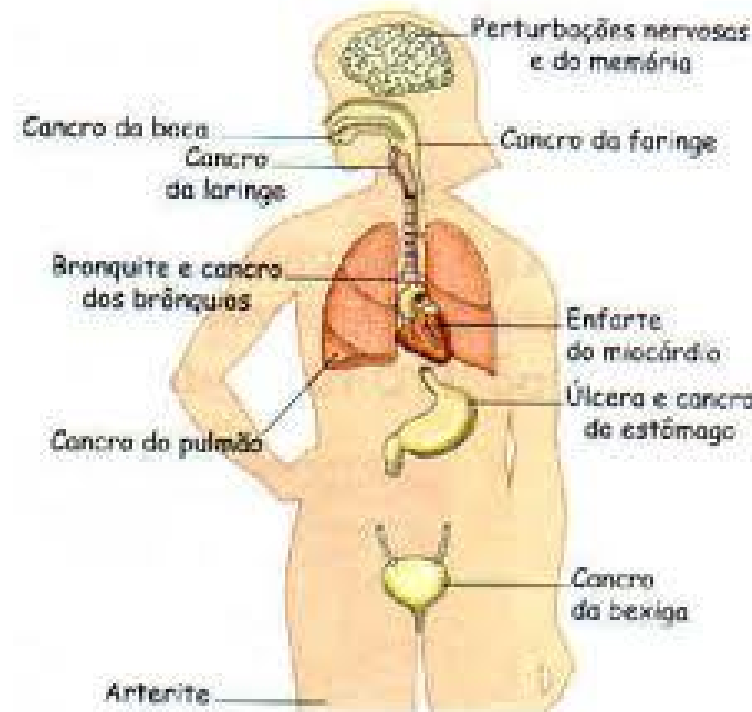






As grávidas não devem fumar, pois o feto vai recebendo substâncias prejudiciais à sua saúde e pode levar ao aborto.

Os fumadores não só se prejudicam a si próprios, como prejudicam os que os rodeiam, sendo assim essas pessoas, fumadores passivos, chegando a terem problemas por causa do fumo do tabaco.



Algumas doenças que um fumador pode ter.



### **Apêndice XIII – Especificação da atividade nº 3**

Especificação da Atividade nº3

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo que pretende atingir	Avaliação
Entrevista	Mestranda Alunos que integram o jornal da escola	Janeiro 2013	Sala do Jornal da Escola EB 2,3	Entrevista conduzida pelos alunos que integram o jornal da escola, através da colocação de questões	Divulgar os objetivos e as atividades desenvolvidas na Escola no âmbito da intervenção comunitária	Realização efetiva da entrevista e sua publicação

## **Apêndice XIV – Entrevista publicada no jornal da Escola**

No âmbito das comemorações do Dia do Não Fumador, integradas no projeto Educação para a Saúde, que contaram com a participação da enfermeira Ana Xavier, **As Palavras do Sucesso** procuraram saber mais acerca deste tema, tendo obtido a gentil colaboração da nossa entrevistada.

### **As Palavras do Sucesso: Porquê a escolha deste tema?**

**Enfº Ana Xavier:** A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que o tabagismo é a principal causa evitável de doença e morte nos países desenvolvidos. O tabaco tem graves consequências para a saúde, causa grande dependência, polui o ambiente e trás grandes custos para a sociedade.

Ainda de acordo com a OMS, cerca de 4,9 milhões de pessoas morrem anualmente, em todo o mundo, resultado do consumo do tabaco. Se não forem instituídas medidas efetivas de prevenção e controlo, em 2020/2030, morrerão anualmente cerca de 10 milhões de pessoas a nível mundial.

### **As Palavras do Sucesso: Quais os objetivos desta Intervenção Comunitária?**

**Enfº Ana Xavier:** Os objetivos desta Intervenção Comunitária são conhecer o consumo de tabaco dos adolescentes que frequentam o 7º ano (12/14 anos), identificar os seus conhecimentos e atitudes face ao uso do tabaco e informá-los sobre este tema, de forma a evitar ou atrasar o início de consumos tabágicos.

### **As Palavras do Sucesso: Porquê a Intervenção Comunitária nos 7º anos?**

**Enfº Ana Xavier:** A adolescência constitui o período da vida no qual a maior parte dos fumadores adquirem o comportamento tabágico situando-se o pico da iniciação tabágica entre os 12 e os 14 anos. Logo, quando estas intervenções são dirigidas a crianças muito jovens, no máximo com 10 a 12 anos de idade são suscetíveis de evitar ou diminuir a iniciação do consumo de tabaco.

### **As Palavras do Sucesso: Porquê desenvolver a Intervenção Comunitária na escola?**

**Enfº Ana Xavier:** No Programa Nacional de Saúde Escolar, uma das áreas prioritárias da prevenção de consumos nocivos é o consumo de substâncias lícitas: o tabaco. Consequentemente, a escola é considerada um espaço de formação e aprendizagem, onde os adolescentes passam grande parte do seu tempo sendo assim o meio mais privilegiado para o desenvolvimento de intervenções preventivas.

**As Palavras do Sucesso: Quais foram as atividades desenvolvidas na escola?**

**Enfº Ana Xavier:** Foram realizadas duas sessões de educação para a saúde em cada turma do 7ºA e 7ºC, mas que se irão desenvolver futuramente nas restantes turmas. Estas sessões visaram aumentar os conhecimentos e a compreensão dos riscos para a sua saúde que advêm do consumo de tabaco para que os adolescentes tenham comportamentos responsáveis e saudáveis.

Foi também realizada uma Exposição sobre o Dia do Não Fumador – 17 de Novembro, com início a 16 de Novembro, criando momentos de divulgação dos trabalhos realizados pelos alunos sobre esta temática (exposição de Power Points, cartazes e folhetos).

**As Palavras do Sucesso:** Resta-nos agradecer a sua gentil colaboração nesta atividade e os esclarecimentos que aqui nos deixou.



## **Apêndice XV – Questionário de avaliação de conhecimentos**

**QUESTIONÁRIO: Para cada pergunta assinala a resposta mais correta! É anónimo e confidencial. Não coloques o teu nome.**

**1. O Tabaco é:**

- a) Uma planta
- b) Um medicamento
- c) As duas verdadeiras

**2. O Tabagismo é:**

- a) Uma doença incurável
- b) Toxicomania (toxicodependência)
- c) Um tratamento para o cancro

**3. Quais são as 3 substâncias nocivas mais importantes presentes no cigarro?**

- a) Nicotina, monóxido de carbono, alcatrão
- b) Nicotina, cannabis, acetona
- c) Alcatrão, álcool e chumbo

**4. A Nicotina é a principal substância responsável pela:**

- a) Dependência física e psicológica
- b) Dependência psicológica
- c) Dependência física

**5. Qual a substância presente no tabaco que, a médio e longo prazo, pode provocar o cancro do pulmão?**

- a) Nicotina
- b) Alcatrão
- c) Monóxido de carbono

**6. O que é o fumador passivo?**

- a) É quem respira o fumo do cigarro que não faz mal
- b) É quem respira o fumo do cigarro de outras pessoas
- c) É quem respira o fumo dos escapes dos automóveis

**7. Quando os adolescentes experimentam tabaco:**

- a) Nunca se tornam fumadores
- b) Todos se tornam fumadores
- c) 3 em cada 5 tornam-se fumadores regulares

**8. A que se refere o seguinte conjunto de sintomas: ansiedade, irritabilidade, insónia, dificuldades de concentração...**

- a) Falta de nicotina (sintomas que os fumadores experimentam quando param de fumar)
- b) Falta de alcatrão no organismo
- c) Falta de monóxido de carbono no organismo

**9. Indica pelo menos três riscos para a saúde, relacionados com o consumo de tabaco:**

---



---

**10. Indica pelo menos três benefícios para a saúde, de não fumar:**

---



---

Assinala a tua opinião sobre cada uma das afirmações seguintes:

	discordo totalmente	discordo	discordo um pouco	não concordo nem discordo	concordo um pouco	concordo	concordo totalmente
1. Compreendi os assuntos que foram tratados nas duas sessões	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
2. Os assuntos tratados nas sessões são importantes para mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
3. Durante as sessões aprendi coisas novas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
4. Durante as sessões estive atenta/o e interessada/o	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
5. Fiquei satisfeita/o por ter participado neste projeto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

OBRIGADO PELA TUA COLABORAÇÃO



**Apêndice XVI – Tabelas dos resultados da aplicação do questionário de  
avaliação de conhecimentos**

Tabela nº 27 – Distribuição de sujeitos que adquiriram conhecimentos relativos ao tabaco e ao tabagismo e que identificam 3 riscos para a saúde inerentes ao consumo de tabaco e 3 benefícios para a saúde, de não fumar, no final da intervenção.

	N.º alunos que participou no preenchimento do questionário de avaliação final		N.º alunos que adquiriram conhecimentos relativos ao tabaco e ao tabagismo		N.º alunos que identifica 3 riscos para a saúde, inerentes ao consumo de tabaco		N.º alunos que identifica 3 benefícios para a saúde, de não fumar	
População	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta
N=51	46	90,2%	40	87%	38	82,6%	36	78%

Tabela nº 28 – Avaliação das sessões pelos sujeitos

	discordo totalmente		discordo		discordo um pouco		não concordo nem discordo		concordo um pouco		concordo		Concordo totalmente	
	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA
1. Compreendi os assuntos que foram tratados nas duas sessões	0	0	0	0	0	0	3	6,5 %	1	2,2 %	22	47,8 %	20	43,5 %
2. Os assuntos tratados nas sessões são importantes para mim	2	4,3 %	0	0	2	4,3 %	2	4,3 %	2	4,3 %	11	23,9 %	27	58,7 %
3. Durante as sessões aprendi coisas novas	0	0	0	0	0	0	2	4,3 %	4	8,7 %	20	43,5 %	20	43,5 %
4. Durante as sessões estive atenta/o e interessada/o	0	0	1	2,2 %	0	0	2	4,3 %	5	10,9 %	16	34,8 %	22	47,8 %
5. Fiquei satisfeita/o por ter participado neste projeto	0	0	1	2,2 %	0	0	1	2,2 %	2	4,3 %	17	37,0 %	25	54,3 %

## ANEXOS

## ANEXO I

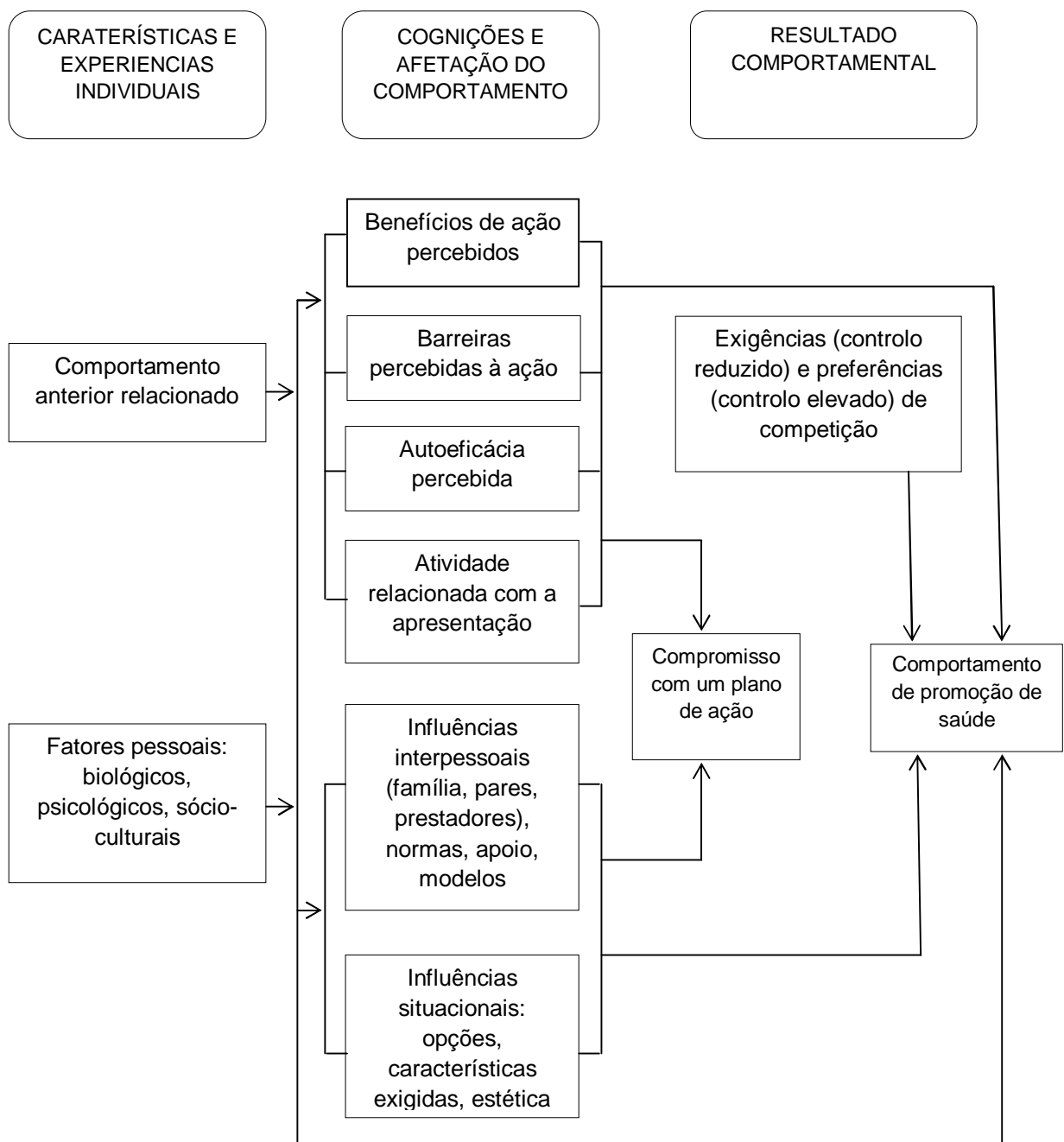


Figura 1 – Modelo de Promoção da Saúde Revisto (De Pender, N.J. (1996))

In: TOMEY, A.; ALLIGOOD, M.(2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra Modelos e Teorias de Enfermagem** – Capítulo 33, pág. 703.

## ANEXO II



2011/2012

Global Youth Tobacco Survey (GYTS)

Validação portuguesa GYTS.PT

Luis A. SABOGA NUNES

Tabagismo, sua Prevenção e Cessação  
solicite última versão adaptada e corrigida  
[www.tabagismo.info](http://www.tabagismo.info)



**Tabagismo**  
prevenção • cessação

Assinala em cada questão que te é colocada a  
alínea correcta.

**Este questionário é anónimo**  
**Obrigado pela tua colaboração !**

**AS 16 PERGUNTAS SEGUINTE ESTÃO DIRIGIDAS AO TEU CONSUMO DE TABACO**

**1. Alguma vez experimentaste fumar cigarro, nem que seja uma ou duas fumaças?**

- a. Sim
- b. Não

**2. Que idade tinhas quando experimentaste fumar?**

- a. Nunca fumei
- b. 7 anos ou menos
- c. 8 a 9 anos de idade
- d. 10 a 11 anos de idade
- e. 12 a 13 anos de idade
- f. 14 a 15 anos de idade
- g. 16 anos o mais

**3. Nos últimos 30 dias (um mês), quantos dias fumaste?**

- a. 0 dias
- b. 1 a 2 dias
- c. 3 a 5 dias
- d. 6 a 9 dias
- e. 10 a 19 dias
- f. 20 a 29 dias
- g. todos os 30 dias.

**4. Nos últimos 30 dias (um mês), os dias que fumaste, quantos cigarros fumaste habitualmente?**

- a. Não fumei cigarros durante os últimos 30 dias
- b. Menos de um cigarro por dia
- c. 1 cigarro por dia
- d. 2 a 5 cigarros por dia
- e. 6 a 10 cigarros por dia
- f. 11 a 20 cigarros por dia
- g. Mais de 20 cigarros por dia

**5. Fumas geralmente cigarros já fabricados ou enrolados à mão?**

- a. Nunca fumei
- b. Cigarros já fabricados
- c. Cigarros enrolados à mão

**6. Nos últimos 30 dias (um mês), quantas vezes fumaste cigarros enrolados à mão?**

- a. Não fumei cigarros enrolados à mão nos últimos 30 dias
- b. Menos do que uma vez por semana
- c. Pelo menos uma vez por semana mas não todos os dias
- d. Todos os dias

**7. Nos últimos 30 dias (um mês), geralmente como conseguiste os teus cigarros? (Seleccionar uma só)**

- a. Não fumei cigarros durante os últimos 30 dias
- b. Comprei-os num quiosque de rua
- c. Comprei-os de uma máquina distribuidora
- d. Dei dinheiro a uma pessoa para que mos comprasse
- e. Pedi-os a um amigo ou uma amiga
- f. Roubei-os (os cigarros)
- g. Deu-mos um adulto
- h. Obtive-os de outro modo

**8. Nos últimos 30 dias (um mês), que marca de cigarros fumaste com mais frequência? (Seleccionar só uma)**

- a. Não fumei cigarros durante os últimos 30 dias
- b. Nenhuma marca especial
- c. Marlboro
- d. Marlboro lights
- e. Lucky Strikes
- f. Português Suave
- g. SG
- h. Outra marca de cigarros

**9. Habitualmente, quanto pagas por um maço de cigarros?**

- a. Não fumo cigarros
- b. Não compro cigarros
- c. Menos de 2 €
- d. 2 €
- e. 2.05€
- f. 2.10€
- g. mais que 2.10 €

**10. Durante os últimos 30 dias (um mês) quanto dinheiro achas que gastaste em cigarros?**

- a. Não fumo cigarros
- b. Não compro os meus cigarros
- c. Mais de 25€
- d. 20 a 25€
- e. 15 a 20 €
- f. 10 a 15 €
- g. 5 a 10€
- h. menos de 5€

**11. Num mês normal, (30 dias), de quanto dinheiro dispões (mesada, ordenado, etc.)?**

- a. Não disponho de dinheiro
- b. Menos de 1€
- c. 1 a 5 €
- d. 6 – 10 €
- e. 11-20 €
- f. 20 – 30 €
- g. mais de 30 €

**12. Onde obténs o dinheiro para os teus gastos pessoais?**

- a. Não tenho dinheiro para gastar
- b. Trabalho pago
- c. Mesada dos pais
- d. Outras formas

**13. Durante os últimos 30 dias (um mês), alguém se negou a vender-te cigarros devido à tua idade?**

- a. Não comprei cigarros nos últimos 30 dias (um mês)
- b. Sim, alguém se negou a vender-me cigarros devido à minha idade
- c. Não, a minha idade não foi obstáculo para comprar cigarros

**14. Geralmente, consideras fácil ou difícil comprar cigarros?**

- a. Muito difícil
- b. Moderadamente difícil
- c. Moderadamente fácil
- d. Muito fácil
- e. Normalmente não compro cigarros

**15. Habitualmente, onde fumas?**  
(Seleccionar uma só resposta)

- a. Não fumo
- b. Em casa
- c. Na escola
- d. No trabalho
- e. Em casa de amigos
- f. Em festas ou reuniões sociais
- g. Em lugares públicos (por exemplo: parques, na rua, em centros comerciais)
- h. Em outros lugares

**16. Alguma vez fumas ou tens vontade de fumar imediatamente quando acordas pela manhã?**

- a. Nunca fumei
- b. Deixei de fumar
- c. Não, não fumo nem me dá vontade de fumar logo de manhã
- d. Sim, algumas vezes fumo ou dá-me vontade de fumar mal acordo de manhã
- e. Sim, fumo sempre ou tenho vontade de fumar mal acordo de manhã

**AS 18 PERGUNTAS SEGUINTE PRETENDEM EXPLORAR OS TEUS CONHECIMENTOS E ATITUDES FACE AO TABACO**

**17. Os teus pais fumam? (ou as pessoas com quem vives: avós, por exemplo)?**

- a. Nenhum deles
- b. Os dois
- c. Só o meu pai
- d. Só a minha mãe
- e. Não sei

**18. Se um dos teus melhores amigos ou amigas te oferecesse um cigarro, fumavas?**

- a. Definitivamente não
- b. Provavelmente não
- c. Provavelmente sim
- d. Definitivamente sim

**19. Alguém da tua família falou contigo sobre os efeitos negativos de fumar?**

- a. Sim
- b. Não

**20. Quantos dos teus colegas de ano fumam?**

- a. A maioria
- b. Cerca de metade
- c. Alguns
- d. Nenhum

**21. Achas que a publicidade ao tabaco deve ser totalmente proibida?**

- a. Sim
- b. Não

**22. Pensas que o preço do tabaco deve ser aumentado?**

- a. Sim
- b. Não

**23. Pensas que fumar em lugares públicos deve ser proibido? (restaurantes, transportes públicos, escolas, jardins infantis, ginásios, discotecas, etc.)**

- a. Sim
- b. Não

**24. Acreditas que as raparigas que fumam têm mais ou menos amigas?**

- a. Mais amigas
- b. Menos amigas
- c. Não há diferença em relação às que não fumam

**25. Acreditas que os rapazes que fumam têm mais ou menos amigas?**

- a. Mais amigas
- b. Menos amigas
- c. Não há diferença em relação aos que não fumam

**26. Fumar cigarros ajuda as pessoas a sentir-se mais ou menos à vontade em comemorações, festas ou em outras reuniões sociais?**

- a. Mais à vontade
- b. Menos à vontade
- c. Não há diferença em relação aos que não fumam

**27. Acreditas que fumar cigarros faz com que as raparigas pareçam mais ou menos atraentes?**

- a. Mais atraentes
- b. Menos atraentes
- c. Não há diferença em relação às que não fumam

**28. Acreditas que fumar cigarros faz com que os rapazes pareçam mais ou menos atraentes?**

- a. Mais atraentes
- b. Menos atraentes
- c. Não há diferença em relação aos que não fumam

**29. Acreditas que fumar cigarros te faz engordar ou emagrecer?**

- a. Engordar
- b. Emagrecer
- c. Não há diferença em relação aos que não fumam

**30. Acreditas que fumar cigarros é prejudicial para a tua saúde?**

- a. Definitivamente não
- b. Provavelmente não
- c. Provavelmente sim
- d. Definitivamente sim

**31. Algum dos teus melhores amigos ou amigas fuma?**

- a. Nenhum deles
- b. Algum/Alguns deles
- c. A maioria deles
- d. Todos eles

**32. Quando vês uma mulher a fumar, que pensas dela? (Seleccionar uma só resposta)**

- a. Falta-lhe confiança/ é insegura
- b. É uma tonta
- c. É uma perdedora
- d. Tem êxito
- e. É inteligente
- f. É sofisticada



**33. Quando vês um homem a fumar, que pensas dele?**  
(Seleccionar uma só resposta)

- a. Falta-lhe confiança/ é inseguro
- b. É um tonto
- c. É um perdedor
- d. Tem êxito
- e. É inteligente
- f. É masculino

**34. Acreditas que não é prejudicial para a tua saúde fumar só por um ou dois anos desde que depois deixes?**

- 1. Definitivamente não é prejudicial desde que o deixes em 1 ou 2 anos
- 2. Provavelmente não é prejudicial desde que o deixes em 1 ou 2 anos
- 3. Provavelmente sim é prejudicial mesmo que o deixes em 1 ou 2 anos
- 4. Definitivamente sim é prejudicial mesmo que o deixes em 1 ou 2 anos

---

**AS 8 PERGUNTAS SEGUINTE ESTÃO DIRIGIDAS À TUA EXPOSIÇÃO AO FUMO PRODUZIDO POR OUTRAS PESSOAS**

---

**35. Onde fumas normalmente? (apenas UMA resposta; selecciona aquela que melhor se adequa)**

- a. Nunca fumei
- b. Em minha casa
- c. Em encontros sociais
- d. Na casa dos amigos
- e. Na escola durante os intervalos
- f. Fora da escola durante os intervalos
- g. Em lugares públicos ( rua, cafés, parques, centros comerciais)
- h. Outro...

**36. Acreditas que o fumo de outras pessoas que fumam é prejudicial para a tua saúde?**

- a. Definitivamente não
- b. Provavelmente não
- c. Provavelmente sim
- d. Definitivamente sim

**37. Quantas vezes vês o teu pai (ou padrasto ou companheiro da tua mãe) a fumar na tua casa?**

- a. Não tenho /não vejo essa pessoa
- b. Quase todos os dias
- c. Algumas vezes
- d. Nunca

**38. Quantas vezes vês a tua mãe (ou madrasta ou companheira do teu pai) a fumar na tua casa?**

- a. Não tenho /não vejo essa pessoa
- b. Quase todos os dias
- c. Algumas vezes
- d. Nunca

**39. Quantas vezes vês o teu irmão /ou irmã a fumar na tua casa?**

- a. Não tenho /não vejo essa pessoa
- b. Quase todos os dias
- c. Algumas vezes
- d. Nunca

**40. Quantas vezes vês o teu melhor amigo/ amiga a fumar na tua casa?**

- a. Não tenho /não vejo essa pessoa
- b. Quase todos os dias
- c. Algumas vezes
- d. Nunca

**41. Quantas vezes viste outra pessoa a fumar na tua casa durante a semana passada?**

- a. Não vi ninguém fumar
- b. Quase todos os dias
- c. Algumas vezes

**42. Quantas vezes viste alguém fumar fora de casa na tua presença durante a semana passada?**

- a. Quase todos os dias
- b. Algumas vezes
- c. Nunca

---

**AS PRÓXIMAS 11 PERGUNTAS EXPLORAM A TUA ATITUDE ACERCA DE DEIXAR DE FUMAR CIGARROS**

---

**43. Queres deixar de fumar agora?**

- a. Nunca fumei cigarros
- b. Já deixei de fumar
- c. Sim
- d. Não

**44. Pensas que irás fumar alguma vez nos próximos 12 meses?**

- a. Definitivamente não
- b. Provavelmente não
- c. Provavelmente sim
- d. Definitivamente sim

**45. Pensas que irás fumar alguma vez nos próximos 5 anos?**

- a. Definitivamente não
- b. Provavelmente não
- c. Provavelmente sim
- d. Definitivamente sim

**46. Consideras fácil ou difícil estares sem fumar durante 1 semana?**

- a. Nunca fumei
- b. Agora não fumo
- c. Muito difícil
- d. Moderadamente difícil
- e. Moderadamente fácil
- f. Muito fácil

**47. Acreditas ser fácil ou difícil deixar de fumar uma vez que se começa?**

- a. Nunca fumei
- b. Agora não fumo
- c. Muito difícil
- d. Moderadamente difícil
- e. Moderadamente fácil
- f. Muito fácil

**48. Durante o último ano (12 meses), alguma vez tentaste deixar de fumar?**

- a. Nunca fumei cigarros
- b. Não fumei durante o último ano
- c. Nenhuma
- d. Uma
- e. Duas ou mais

**49. Há quanto tempo deixaste de fumar?**

- a. Nunca fumei cigarros
- b. Não deixei de fumar
- c. Menos de um mês
- d. 1 a 3 meses
- e. 4 a 11 meses
- f. 1 ano
- g. 2 anos
- h. 3 anos ou mais

**50. Qual a principal razão porque deixaste de fumar?  
(Seleccionar uma só resposta)**

- a. Nunca fumei cigarros
- b. Não deixei de fumar
- c. Não gosto de fumar
- d. Para melhorar a minha saúde
- e. Para poupar dinheiro
- f. Porque a minha família não gosta
- g. Porque os meus amigos não gostam
- h. Outra razão

**51. Quando deixaste de fumar o que sentiste?**

- a. Nunca fumei
- b. Não deixei de fumar
- c. Foi muito difícil
- d. Foi mais ou menos difícil
- e. Foi mais ou menos fácil
- f. Foi muito fácil

**52. Alguma vez recebeste ajuda ou aconselhamento para deixar de fumar? (Seleccionar uma só resposta)**

- a. Nunca fumei cigarros
- b. Sim, através de um programa ou de um profissional
- c. Sim, através de um amigo ou amiga
- d. Sim, através de um membro da família
- e. Sim, através de programas ou profissionais, e através dos meus amigos ou membros da minha família
- f. Não recebi ajuda ou aconselhamento

**53. Acreditas que poderias deixar de fumar se quisesses?**

- a. Nunca fumei cigarros
- b. Já deixei de fumar
- c. Sim
- d. Não

**AS SEGUINTE 15 PERGUNTAS EXPLORAM AS MENSAGENS DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO E PUBLICIDADE**

**54. Durante os passados 30 dias (1 mês) quantas mensagens contra o tabaco viste na Televisão?**

- a. Não vejo televisão
- b. Muitas
- c. Poucas
- d. Nenhuma

**55. Durante os passados 30 dias (1 mês) quantas mensagens contra o tabaco ouviste no rádio?**

- a. Não ouço rádio
- b. Muitas
- c. Poucas
- d. Nenhuma

**56. Durante os passados 30 dias (1 mês) quantas mensagens contra o tabaco viste em cartazes ou outdoors?**

- a. Muitas
- b. Poucas
- c. Nenhuma

**57. Durante os passados 30 dias (1 mês) quantas mensagens contra o tabaco viste em jornais ou revistas?**

- a. Muitas
- b. Poucas
- c. Nenhuma

**58. Durante os passados 30 dias (1 mês) quantas mensagens contra o tabaco viste no cinema?**

- a. Não fui ao cinema
- b. Muitas
- c. Poucas
- d. Nenhuma

**59. Quando vais a acontecimentos desportivos, feiras, concertos, eventos comunitários ou reuniões sociais, com que frequência vês mensagens contra o tabaco?**

- a. Nunca vou a eventos desportivos, feiras, concertos, eventos comunitários ou reuniões sociais.
- b. Muito frequentemente
- c. Algumas vezes
- d. Nunca

**60. Quando vês televisão, vídeos ou vais ao cinema, com que frequência vês fumar os actores?**

- a. Nunca vejo televisão, vídeos ou vou ao cinema
- b. Muito frequentemente
- c. Algumas vezes
- d. Nunca

**61. Tens alguma peça de roupa ou objecto ( caneta, mochila, bolsa, etc.) com o logótipo de uma marca de cigarros?**

- a. Sim
- b. Não

**62. Durante os últimos 30 dias (1 mês), com que frequência viste marcas de cigarros em programas desportivos ou outros programas de televisão?**

- a. Nunca vejo televisão
- b. com muita frequência
- c. Algumas vezes
- d. Nunca

**63. Durante os últimos 30 dias (1 mês), com que frequência viste marcas de cigarros em publicidade exterior?**

- a. Muitos anúncios publicitários
- b. Poucos
- c. Nenhum

**64. Durante os últimos 30 dias (1 mês), quantos anúncios publicitários de cigarros viste em jornais ou revistas?**

- a. Muitos anúncios publicitários
- b. Poucos
- c. Nenhum

**65. Quando vais a eventos desportivos, com que frequência vês anúncios publicitários para cigarros?**

- a. Nunca vou a eventos desportivos
- b. com muita frequência
- c. Algumas vezes
- d. Nunca

**66. Quando vais a concertos, com que frequência vês anúncios publicitários para cigarros?**

- a. Nunca vou a concertos.
- b. com muita frequência
- c. Algumas vezes
- d. Nunca

**67. Quando vais a eventos comunitários, com que frequência vês anúncios publicitários para cigarros?**

- a. Nunca vou a eventos comunitários
- b. com muita frequência
- c. Algumas vezes
- d. Nunca

**68. Alguma vez algum promotor ou promotora te ofereceu cigarros grátis?**

- a. Sim
- b. Não

**69. Durante o presente ano escolar falaram-te em qualquer das tuas aulas sobre os perigos de fumar?**

- a. Sim
- b. Não
- c. Não tenho a certeza

#### AS 5 PERGUNTAS SEGUINTE EXPLORAM O QUE TE ENSINARAM NA ESCOLA ACERCA DO TABACO

**70. Durante este ano escolar discutiste em qualquer das tuas aulas porque razões as pessoas da tua idade fumam?**

- a. Sim
- b. Não
- c. Não tenho a certeza

**71. Durante o presente ano escolar, falaram-te em qualquer das tuas aulas acerca dos efeitos de fumar? Como por exemplo, que os teus dentes ficam amarelos, que causa rugas, ou que te faz cheirar mal?**

- a. Sim
- b. Não
- c. Não tenho a certeza

**72. Quando foi a última vez que falaram nas aulas sobre fumar e a saúde como parte de uma aula?**

- a. Nunca
- b. Este período
- c. No período passado
- d. Há 2 períodos
- e. Há mais de um ano

**73. Durante o período das aulas é frequente veres professores a fumar no edifício escolar?**

- a. Quase todos os dias
- b. Algumas vezes
- c. Nunca
- d. Não sei

#### AS ÚLTIMAS PERGUNTAS DESTINAM-SE A OBTER INFORMAÇÃO ACERCA DE TI PRÓPRIO(A)

<b>74. Quando falas com outras pessoas, tens a impressão de que elas não te compreendem?</b>	nunca tenho essa impressão	<u>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦</u>	tenho sempre essa impressão
<b>75. No passado, quando tiveste de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinhas o sentimento</b>	de que as coisas não iriam ser feitas	<u>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦</u>	de que as coisas iam ser feitas
<b>76. Pensa nas pessoas com quem contactas diariamente (que não sejam aquelas que te são mais chegadas). Até que ponto é</b>	que as sentes como pessoas estranhas	<u>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦</u>	como pessoas que conheces muito bem
<b>77. Tens a impressão de que não te interessas pelo que se passa à tua volta?</b>	muito raramente	<u>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦</u>	muito frequentemente não me interessa
<b>78. Já te aconteceu no passado teres ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que julgavas conhecer bem?</b>	nunca aconteceu	<u>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦</u>	sempre aconteceu
<b>79. Já te aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem, à partida, contavas?</b>	nunca aconteceu	<u>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦</u>	sempre aconteceu
<b>80. A vida é:</b>	cheia de interesse	<u>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦</u>	absolutamente rotineira
<b>81. Até hoje, na vida,</b>	não conseguiste nem objectivos nem rumo próprio	<u>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦</u>	conseguiste objectivos e um rumo próprio
<b>82. Sentes que não és tratado/a com justiça?</b>	muito frequentemente	<u>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦</u>	raramente ou nunca
<b>83. Nos últimos dez anos a tua vida tem sido</b>	cheia de mudanças sem ser capaz de prever o que vem a seguir	<u>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦</u>	completamente consistente e previsível

84. A maior parte das coisas que irás fazer (no futuro) serão provavelmente	completamente fascinantes	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	tremendamente aborrecidas
85. Tens sentido muitas vezes que te encontras numa situação pouco habitual, sem saberes o que fazer?	acontece frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nunca acontece
86. Indica o que melhor descreve a tua maneira de ver a vida	consegue-se sempre encontrar uma solução para as situações difíceis da vida	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	nunca há solução para as situações difíceis da vida
87. Quando reflectes sobre a tua vida, frequentemente	sentes quão bom é viver	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	perguntas-te a ti próprio porque razão vieste ao mundo
88. Quando enfrentas algum problema difícil, a escolha da solução é	sempre confusa e difícil de encontrar	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Sempre fácil e sem dúvidas
89. Aquilo que fazes diariamente é	uma fonte de profunda satisfação e prazer	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	uma fonte de sofrimento e aborrecimento
90. A tua vida futura será provavelmente	cheia de mudanças sem preveres o que vem a seguir	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	perfeitamente coerente e previsível
91. Quando no passado te acontecia alguma coisa desagradável, a tua tendência era para:	afundares-te no problema	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	dizer para ti mesmo: “Paciência, tudo se há-de resolver” e seguias em frente
92. Tens sentimentos e ideias muito confusos?	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito raramente ou nunca
93. Quando fazes alguma coisa que te dá satisfação	ficas com a certeza que essa satisfação vai perdurar	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	ficas com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação
94. Acontece-te ter sentimentos que gostarias de não ter	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito raramente ou nunca
95. Tens a expectativa que a tua vida pessoal, no futuro:	não terá nem sentido nem objectivo	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	terá pleno sentido e objectivo
96. Pensas que haverá sempre pessoas com quem possas contar no futuro?	estou certo que haverá	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	duvido que haja
97. Acontece-te sentir que não sabes exactamente o que está para acontecer?	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito raramente ou nunca
98. Muitas pessoas (mesmo as que têm forte carácter) muita vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já te sentiste assim no passado?	nunca aconteceu	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muitas vezes
99. Quando deves enfrentar algum problema, geralmente acabas por verificar que:	avaliaste mal a importância do problema	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	avaliaste correctamente a importância do problema
100. Quando pensas nas dificuldades que vais ter de enfrentar em situações importantes da tua vida, tens a sensação de que:	conseguirás ultrapassar as dificuldades	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	não conseguirás ultrapassar as dificuldades
101. Com que frequência sentes que as coisas que fazes na tua vida diária têm pouco sentido?	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito raramente ou nunca
102. Com que frequência tens sentimentos que duvidas poder controlar?	muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	muito raramente ou nunca

103. A tua data de nascimento

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
dia      mês      ano

105. Em que ano estás?

- 5º
- 6º
- 7º
- 8º
- 9º
- 10º
- 11º
- 12º

104. És rapaz ou rapariga?

- Rapaz
- Rapariga

106. Os teus pais trabalham?

- Só o pai (padrasto ou companheiro da mãe)
- Só a mãe (madrasta ou companheira do pai)
- Ambos
- Nenhum
- Não sei

**107. Que nível de instrução tem o teu pai (padrasto ou companheiro da mãe)?**

- a. Nenhum
- b. Escola primária (4º ano)
- c. Escola preparatória (6º ano)
- d. 9º ano
- e. Escola secundária
- f. Superior
- g. Escola profissional
- h. Não sei

**109. Que nível de instrução tem a tua mãe (madrasta ou companheira do pai)?**

- a. Nenhum
- b. Escola primária (4º ano)
- c. Escola preparatória (6º ano)
- d. 9º ano
- e. Escola secundária
- f. Superior
- g. Escola profissional
- h. Não sei

**111. Quando tens problemas com quem os partilhas?**

- a. Pai
- b. Mãe
- c. Irmão/ã
- d. Professor/a
- e. Outra pessoa: qual? \_\_\_\_\_

**113. Sentes-te só**

- a. Definitivamente não
- b. Provavelmente não
- c. Não sei bem
- d. Provavelmente sim
- e. Definitivamente sim

**115. Que pensas fazer quando terminares a escolaridade obrigatória?**

- a. Ir trabalhar
- b. Continuar a estudar para ingresso no ensino superior
- c. Continuar a estudar em ensino profissional
- d. Não sei

**108. O teu pai (padrasto ou companheiro da mãe) esteve sem emprego nos últimos 2 anos?**

- a. Sim
- b. Não
- c. Não tenho a certeza

**110. A tua mãe (madrasta ou companheira do pai) esteve sem emprego nos últimos 2 anos?**

- a. Sim
- b. Não
- c. Não tenho a certeza

**112. A tua casa tem espaço suficiente para ti e para a tua família**

- a. Definitivamente não
- b. Provavelmente não
- c. Não sei bem
- d. Provavelmente sim
- e. Definitivamente sim

**114. Estás contente com a tua vida de estudante e queres continuar a estudar?**

- a. Definitivamente não
- b. Provavelmente não
- c. Não sei bem
- d. Provavelmente sim
- e. Definitivamente sim

**116. Já experimentaste beber álcool ou utilizar drogas?**

- a) Sim
- b) Não

**Validação portuguesa GYTS.PT**  
**Luis A. SABOGA NUNES**  
**Tabagismo, sua Prevenção e Cessação**  
solicite última versão adaptada e corrigida

Para mais informação:

**Luis A. SABOGA NUNES, PhD**

Coordenador do programa: Tabagismo, sua Prevenção e Cessação



Tabagismo, sua Prevenção e Cessação  
Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa  
Avenida Padre Cruz, 1600-560 Lisboa - [www.tabagismo.info](http://www.tabagismo.info)  
Tel. 21 75 12 153 telm 91 47 47 066 Email [saboga@ensp.unl.pt](mailto:saboga@ensp.unl.pt)